

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POST-GRADO

**La reducción de la mortalidad materna y su relación
con factores sociosanitarios asociados Perú 2001 – 2010**

TESIS

**Para obtener El Grado Academico de Magister en Politica Social con
mención en Salud y Seguridad Social**

AUTOR

Teresa Inés Watanabe Varas

ASESOR

Alida Isidora Díaz Encinas

Lima – Perú

2012

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1. Situación Problemática	3
1.1.1. El Problema de la Mortalidad Materna en el Mundo	5
1.1.2. El Problema de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe	8
1.1.3. El Problema de la Mortalidad Materna en el Perú	13
1.2. Formulación del Problema	17
1.3. Justificación Teórica	17
1.4. Justificación Práctica	18
1.5. Objetivos de la Investigación	19
1.5.1. Objetivo General	19
1.5.2. Objetivos Específicos	19
1.6. Hipótesis de Investigación	19
1.6.1. Hipótesis General	19
1.6.2. Hipótesis específicas	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco Epistemológico de la Investigación	21
2.1.1. La salud, la muerte materna y las políticas públicas en el Perú	21
2.1.2. Exclusión y Discriminación con relación a la atención de Salud	25
2.2. Antecedentes de Investigación	28
2.2.1. <i>Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú.</i>	28
2.2.2. <i>Tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú. 1992 -2000.</i>	29

2.2.3. <i>Demoras Fatales. Mortalidad Materna en el Perú.</i>	32
2.2.4. <i>Mortalidad Materna en 2005.</i>	32
2.2.5. <i>Cobertura y Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva y Otras Variables, y su relación con el nivel de la Mortalidad Materna: 2007.</i>	33
2.2.6. <i>Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.</i>	34
2.2.7. <i>Estado Mundial de la Población 2011.</i>	34
2.3. Bases Teóricas	34
2.3.1. La mortalidad materna desde un enfoque demográfico	35
2.3.1.1. Razón de mortalidad materna	36
2.3.1.2. Tasa de mortalidad materna	36
2.3.1.3. Indicadores de la mortalidad materna no convencionales	37
2.3.2. Enfoque Médico: Causas y Evitabilidad de la Muerte Materna en el Perú	38
2.3.2.1. Muerte materna directa	39
2.3.2.2. Muerte materna indirecta	41
2.3.2.3. Muerte materna incidental o accidental	42
2.3.3. Enfoque desde los Derechos Humanos: El acceso a los servicios de salud	47

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Estimación de la Mortalidad Materna por el Método Indirecto de la Sobrevivencia de Hermanas	56
3.2. Estudio de la Relación entre la Mortalidad Materna y los factores sociosanitarios asociados	59
3.2.1. Definición de los factores sociosanitarios asociados a la muerte Materna	60
3.3. Entrevistas a Funcionarios del Ministerio de Salud y profesionales de otras instituciones relacionados con el tema de estudio	61

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados	63
4.1.1. Muertes maternas estimadas e indicadores de mortalidad materna a nivel nacional	63
4.1.2. Muertes maternas estimadas e indicadores de mortalidad materna según departamentos	67
4.1.3. Relación entre la tasa de mortalidad materna y los factores socio sanitarios asociados a la mortalidad materna	72
4.1.4. Información recolectada a través de entrevista a funcionarios del Ministerio de Salud y profesionales de otras instituciones relacionados con el tema de estudio	85
4.2. Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados	87
CONCLUSIONES	104
RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	113
1. GUÍA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD	114
2. PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, SEGÚN REGIONES NATURALES, 2001 – 2010	117
3. PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, SEGÚN DEPARTAMENTOS, 2001 – 2010	118

RELACIÓN DE CUADROS

Cuadro 1: Pág. 7

MAYOR Y MENOR RIESGO DE MORIR POR CAUSAS MATERNAS EN EL MUNDO, 2005

Cuadro 2: Pág. 8

NÚMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO, SEGÚN REGIONES, 2005

Cuadro 3: Pág. 11

AMERICA LATINA: INDICADORES DE LA MUERTE MATERNA SEGÚN PAÍSES, AÑO 2005

Cuadro 4: Pág. 43

MUERTES MATERNAS HOSPITALARIAS SEGÚN CAUSA. PERÚ, 1985

Cuadro 5: Pág. 44

MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSAS. PERÚ, 2000

Cuadro 6: Pág. 45

MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA DE MUERTE. PERÚ, 2006

Cuadro 7: Pág. 46

MUERTE MATERNA DIRECTA SEGÚN CAUSAS. PERÚ, 2006

Cuadro 8: Pág. 64

PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, 2001-2010

Cuadro 9: Pág. 66

PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, SEGÚN REGIONES NATURALES, 2001-2010

Cuadro 10: Pág. 68

PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS, SEGÚN DEPARTAMENTOS,
2001-2010

Cuadro 11: Pág. 70 - 71

PERÚ: INDICADORES DE MUERTES MATERNAS, SEGÚN
DEPARTAMENTOS, 2001-2010

Cuadro 12: Pág. 73

PERÚ: RELACIÓN ENTRE LA TASA DE MUERTE MATERNA Y LA
ATENCIÓN PRENATAL, POR DEPARTAMENTOS, 2001 – 2010

Cuadro 13: Pág. 74

PERÚ: RELACIÓN ENTRE TASA DE MUERTE MATERNA Y PARTO
INSTITUCIONAL EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS, POR
DEPARTAMENTOS, 2001 – 2010

Cuadro 14: Pág. 75

PERÚ: RELACIÓN ENTRE TASA DE MUERTE MATERNA Y PARTO
ATENDIDO POR MÉDICO, POR DEPARTAMENTOS, 2001 – 2010

RELACIÓN DE FIGURAS

Figura 1: *Pág. 10*

NÚMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, AÑO 2005

Figura 2: *Pág. 13*

PAISES DE AMÉRICA LATINA CON MÁS DE 100 MM POR 100,000 NACIDOS VIVOS

Figura 3: *Pág. 64*

PERÚ: INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA, 2001-2010

Figura 4: *Pág. 67*

PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS SEGÚN REGIONES, 2001

Figura 5: *Pág. 67*

PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS SEGÚN REGIONES, 2010

Figura 6: *Pág. 69*

PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS, SEGÚN DEPARTAMENTOS, 2001-2010

Figura 7: *Pág. 76*

PERÚ: DISPERSIÓN ENTRE TASA DE MORTALIDAD vs PARTO ATENDIDO POR MÉDICO, A NIVEL NACIONAL, 2001 – 2010

Figura 8: *Pág. 77*

PERÚ: DISPERSIÓN ENTRE LA TASA DE MORTALIDAD vs EL PARTO INSTITUCIONAL EN ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS Y PRIVADOS A NIVEL NACIONAL, 2001 – 2010

Figura 9: Pág. 78

PERÚ: DISPERSIÓN ENTRE LA TASA DE MORTALIDAD vs EL
PORCENTAJE DE ATENCION PRENATAL, A NIVEL NACIONAL, 2001 –
2010

Figura 10: Pág. 79

DEPARTAMENTO ANCASH, 2001 – 2010

Figura 11: Pág. 80

DEPARTAMENTO APURIMAC, 2001 – 2010

Figura 12: Pág. 80

DEPARTAMENTO AYACUCHO, 2001 – 2010

Figura 13: Pág. 81

DEPARTAMENTO CAJAMARCA, 2001 – 2010

Figura 14: Pág. 81

DEPARTAMENTO ANCASH, 2001 – 2010

Figura 15: Pág. 82

DEPARTAMENTO HUÁNUCO, 2001 – 2010

Figura 16: Pág. 82

DEPARTAMENTO HUANCANELICA, 2001 – 2010

Figura 17: Pág. 83

DEPARTAMENTO PIURA, 2001 – 2010

Figura 18: Pág. 83

DEPARTAMENTO PUNO, 2001 – 2010

Figura 19: Pág. 84

DEPARTAMENTO ICA, 2001 – 2010

Figura 20: Pág. 85

DEPARTAMENTO LIMA, 2001 – 2010

RESUMEN

La presente tesis se planteó con el propósito de aportar información que contribuya a definir medidas para reducir las muertes maternas en el Perú. El estudio tuvo como objetivo general establecer la relación entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo de los factores sociosanitarios asociados a ella. Los factores estudiados son la atención prenatal, el parto institucional en establecimientos públicos y privados, y el parto atendido por médico.

Considerando las hipótesis, se estimó el número de muertes maternas para los años del estudio (2001 al 2010), así como la razón y la tasa de mortalidad materna, a nivel nacional y para cada departamento del país, a fin de establecer la reducción de esta. La relación entre la mortalidad materna y los factores sociosanitarios se ha determinado por medio del coeficiente de correlación de rango de Spearman y la elaboración de gráficos de dispersión. De acuerdo a los resultados del estudio se ha podido establecer que la mortalidad materna, si bien se ha reducido a lo largo de la década estudiada, aún sigue alta. Asimismo, se observó que la reducción de la mortalidad materna no se ha dado de igual manera en los departamentos del Perú.

A manera de conclusión, se puntualiza la necesidad de que el Estado peruano despliegue una eficaz y eficiente cobertura de servicios relacionados con la salud materna en la periferia de los departamentos del país, en coordinación con la sociedad civil. Solo el despliegue de estos servicios puede dar paso a una significativa reducción de las muertes maternas en nuestro país; de esta manera, el Perú podría acercarse al logro del Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: reducir, entre los años 2001 y 2015, la mortalidad materna en un 75%.

Palabras clave:

Muerte materna, factores sociosanitarios, muertes maternas estimadas, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad materna, probabilidad de morir por causa materna, derechos humanos.

ABSTRACT

The following thesis was developed for the purpose of contributing with information set aside for the definition of measures to reduce the Maternal Mortality in Peru. The general purpose of this study was to establish the relationship between the reduction of Maternal Mortality and the improvement of the social and public health factors associated with it. These factors are the following: prenatal care, labor in a public or private sanitary establishment and medical attention of the labor.

Considering the hypothesis, the number of maternal deaths in Peru from 2001 to 2010, as well as the ratio and rate of Maternal Mortality, at a national level and in every department of the country, was estimated in order to establish the reduction of Maternal Mortality. The relationship between Maternal Mortality and the social and public health factors has been determined by calculating the Spearman's rank correlation coefficient and by elaborating dispersion charts. According to the results of this study, it could be established that Maternal Mortality, even though it has been reduced during the decade evaluated in this study, is still considerably high. Likewise, it was observed that the reduction of Maternal Mortality hasn't occurred in the same way in every Peruvian department.

By means of conclusion, this thesis points out the urgent need of an efficient and effective coverage of services related to Maternal Health in the most remote districts of every department. The agents of this coverage must be the Peruvian State in coordination with the Civil Society. Only by means of the display of these services, a significant reduction of Maternal Mortality can be achieved. In this way, Peru could approach the goal of the Fifth Objective of Development of the Millenium: to reduce, between years 2001 and 2015, the Maternal Mortality rate by 75%.

Keywords:

Maternal death, social and public health factors, estimated maternal deaths, Maternal Mortality ratio, Maternal Mortality rate, probability of dying from a maternal cause, Human Rights.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna, como un gran problema de salud individual y colectiva, permaneció casi invisible hasta la “Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos” realizada en Nairobi y Kenia en el año de 1987. En este evento, el “morir dando vida” tomó dimensiones y rostros a nivel mundial por primera vez.

Después de más de veinte años de iniciativas, propuestas y declaratorias de compromisos, la muerte materna sigue siendo uno de los lastres de la humanidad. Aún en este siglo, ser madre es un gran riesgo para las mujeres de muchos países.

Dada su importancia, los Jefes de Estado y de Gobierno, reunidos en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, del 6 al 8 de septiembre de 2000, firmaron La Declaración del Milenio. En dicho documento declararon, entre otros compromisos, estar decididos a reducir, hacia el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas del año 2000 (*Apartado III: El desarrollo y la erradicación de la pobreza*, inciso 19, tercer punto).

Es así como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), derivados de la Declaración del Milenio, es la mejora de la salud materna para la reducción de la muerte materna (ODM5). La meta para los países firmantes

es reducir la muerte materna en un 75% entre los años 2001 y 2015, y el Perú es uno de ellos.

Durante la cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, celebrada en septiembre de 2010 en Nueva York, el Secretario General de la ONU, Dr. Ban Ki-Moon, presentó una **Estrategia mundial de salud materna e infantil**, cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los próximos cuatro años. La Organización Mundial de la Salud colabora con los asociados para alcanzar este objetivo.

En este marco, el presente estudio se ha realizado con el propósito de producir información que contribuya a la toma de decisiones en pro de una significativa reducción de la mortalidad materna en nuestro país, ya que sigue siendo un agudo problema de salud. Así lo expresó este año Amnistía Internacional a través de su Secretario General, Salil Shetty, quien, basado en las estimaciones de mortalidad materna y en un enfoque de derechos humanos, manifestó su preocupación por los altos índices de mortalidad materna que registra el Perú, pues sus indicadores lo colocan como uno de los países de América Latina con mayor mortalidad materna, superado solamente por Bolivia y Haití.

El presente estudio consta de cuatro capítulos, habiéndose tomado en consideración la estructura y los aspectos formales planteados en la Resolución Directoral N° 080.EPG. 2010.

En el primer capítulo se aborda el problema de la muerte de mujeres por causas maternas en el mundo, en la región latinoamericana y el Caribe, y en el Perú. El segundo capítulo contiene el marco epistemológico del estudio, así como sus antecedentes y bases teóricas. La metodología empleada se presenta en el tercer capítulo, y en el cuarto los resultados y la discusión. Se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Situación Problemática

En pleno siglo XXI, concebir a la salud solamente como el no padecimiento o la no tenencia de enfermedades es insuficiente. A la luz de todos los avances y convenios que se han venido dando en el campo de la salud, este concepto apunta hoy a que las personas logren un completo desarrollo en cuanto a su bienestar físico, mental y social¹.

La salud es un derecho humano universal, por ello es obligación de los Estados garantizar las condiciones sociales y económicas para promover su reconocimiento y su ejercicio, principalmente por las poblaciones con más carencias.

Durante el embarazo, parto y post parto, muchas mujeres presentan riesgos para su salud que pueden ocasionarles la muerte. Precisamente, la mortalidad

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional —celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100) —, que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

materna está definida como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, por cualquier causa relacionada o agravada al proceso de gestación, sin tener en cuenta la duración de éste (Ministerio de Salud, 2009).

La mortalidad materna constituye un agudo problema de salud pública, además de representar una violación a los derechos humanos de las mujeres, ya que atenta contra sus derechos a la salud y a la vida, a no ser discriminadas, a no ser violentadas, entre otros.

Ya que la mortalidad materna es un problema ligado al ejercicio de derechos y a las condiciones de vida, constituye una expresión de desigualdades sociales existentes dentro del desarrollo de un país. Así, tenemos que la condición de subordinación de las mujeres, los roles tradicionales dentro de la sociedad, la falta de conocimientos acerca del cuerpo y la sexualidad, y el limitado acceso a servicios de salud adecuados, las exponen a tener hijos a temprana edad, a enfrentar embarazos no deseados, a practicarse abortos clandestinos, ya sufrir complicaciones durante el embarazo, que les dejan secuelas o que las llevan a la muerte.

No es sino hasta la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos, realizada en Nairobi (Cervantes & Watanabe, 1988), que se empieza a considerar —de una manera más científica— el alto margen de evitabilidad que tendría la mortalidad materna si se aplicaran las medidas sociales y sanitarias necesarias. Ese mismo año, durante el V Encuentro Internacional sobre la Mujer, realizado en Costa Rica, se tomó la decisión de proclamar el 28 de Mayo como el Día Internacional de la Acción por la Salud de la Mujer, con el propósito de reafirmar el derecho a la salud como un derecho humano de las mujeres, al que deben acceder sin restricciones o exclusiones de ningún tipo, a través de todo su ciclo de vida.

1.1.1. El Problema de la Mortalidad Materna en el Mundo

En un esfuerzo conjunto sin precedentes hasta ese momento, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial (2008), realizaron estimaciones sobre mortalidad materna con la intención de que éstas sean comparables a escala mundial. La principal conclusión a la que se arribó fue que, del total estimado de 536 mil defunciones maternas ocurridas en el mundo durante el año 2005, el 99% (533 mil) correspondía a países en desarrollo. La región del África subsahariana registró algo más de la mitad de las defunciones maternas (270 mil) y Asia meridional fue la siguiente en cifras (188 mil). Ambas regiones contabilizaron el 86% de la mortalidad materna mundial.

En cuanto al indicador Razón de Mortalidad Materna (RMM)², las RMM más altas correspondían a regiones en desarrollo (con 450 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos), en fuerte contraste con las regiones desarrolladas (9 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos) y los países de la Comunidad de Estados Independientes (51 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos).

Entre las regiones en desarrollo, como era de esperarse, el África subsahariana presentó la razón de mortalidad materna más alta (900 por 100 mil nacidos vivos), seguida del Asia meridional (490 por 100 mil nacidos vivos), Oceanía (430 por 100 mil nacidos vivos), Sudeste asiático (300 por 100 mil nacidos vivos), Asia occidental (160 por 100 mil nacidos vivos), Norte de África (160 por 100 mil nacidos vivos), América Latina y el Caribe (130 por 100 mil nacidos vivos) y Asia oriental (50 por 100 mil nacidos vivos). Se observó que la razón

² La razón de mortalidad materna relaciona las muertes maternas con el número de nacimientos (nacidos vivos) como una aproximación del número de embarazos. En muchos estudios, la razón es presentada como tasa de mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna relaciona las muertes maternas con el número de mujeres en edad fértil.

de mortalidad materna de al menos 1000 por 100 mil nacidos vivos, se daba en un total de 14 países, de los cuales 13 (a excepción de Afganistán), pertenecen a la región del África subsahariana.

El mencionado estudio, realizado en el 2008 por los organismos internacionales, también presenta la estimación del riesgo de morir por causas maternas. Se considera el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida adulta como la probabilidad de que una mujer mayor de 15 años fallezca por una causa relacionada con la maternidad. Toma como denominador a las mujeres en edad fértil (MEF), es decir, de 15 a 49 años de edad.

El estudio mostró que el riesgo de morir por causas maternas es mayor en África (1 de cada 26), seguido de Oceanía (1 de cada 62 MEF) y Asia (1 de cada 120 MEF); mientras que las regiones desarrolladas registraron los menores riesgos a lo largo de la vida de las mujeres (1 de cada 7300 MEF).

A nivel de países, de los 171 países y territorios en los que se realizaron estimaciones, Níger presentó el mayor riesgo estimado a lo largo de la vida (1 de cada 7 MEF), en fuerte contraste con Irlanda, que presenta el menor riesgo a lo largo de la vida (1 de cada 48 MEF).

Cuadro 1

**MAYOR Y MENOR RIESGO DE MORIR POR CAUSAS MATERNAS
EN EL MUNDO, 2005**

REGIÓN	RIESGO DE MUERTE MATERNA	
África		1 en 26 MEF
• <i>Níger</i>	<i>1 en 7 MEF</i>	
Oceanía		1 en 62 MEF
Asia		1 en 120 MEF
América Latina y el Caribe		1 en 290 MEF
• <i>Perú</i>	<i>1 en 140 MEF</i>	
Europa		1 en 1,500 MEF
• <i>Irlanda</i>	<i>1 en 48 mil MEF</i>	

Elaborado por la autora de la tesis.

Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y BM (2008). *Mortalidad Materna en 2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

En el mismo estudio, entre los años 1990 y 2005, a nivel internacional la mortalidad materna descendió en menos de 1% anual (de 576 mil a 536 mil muertes maternas). Esta cifra está muy por debajo del 5,5% anual necesario para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la reducción de la mortalidad materna (reducir en un 75 % la tasa mundial entre 1990 y 2015).

Para alcanzar este objetivo (ODM5), la reducción deberá darse a un mayor ritmo hasta el 2015, especialmente en el África subsahariana, donde la reducción al 2005 era de alrededor de 0,1% por año (OMS, UNICEF, UNFP & BM, 2008).

También, a nivel mundial se registró un descenso del 5,4% en la razón de mortalidad materna, entre los años 1990 y 2005. Asia oriental registró el mayor descenso (47,1%) frente al África subsahariana (1,8%). A diferencia de las

otras regiones, el África subsahariana experimentó un aumento del número de defunciones maternas (de 212 mil en 1990 a 270 mil en 2005) con un incremento concomitante del número de nacidos vivos (de 23 millones en 1990 a 30 millones en 2005), lo que se tradujo en una variación mínima de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2005.

1.1.2. El Problema de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe

En la actualidad, y gracias a las diversas estimaciones que se realizan cada año, se sabe que los indicadores de mortalidad materna son bastante altos en la región América Latina y el Caribe. Esto constituye uno de los problemas de salud más graves que enfrentan las mujeres en la región, y uno de los retos más importantes a tener en cuenta por los gobiernos.

Cuadro 2

NÚMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO, SEGÚN REGIONES, 2005

Región	Número de defunciones maternas	Razón de mortalidad materna	Margen de incertidumbre de las estimaciones de la razón de mortalidad materna	
			Estimación mínima	Estimación máxima
África Subsahariana	265,000	920	470	1,500
América Latina y el Caribe	15,000	130	81	230
Países desarrollados	830	8	8	15
Mundo	536,000	400	220	650

Elaborado por la autora de la tesis.

Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y BM (20089. *Mortalidad Materna en 2005*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

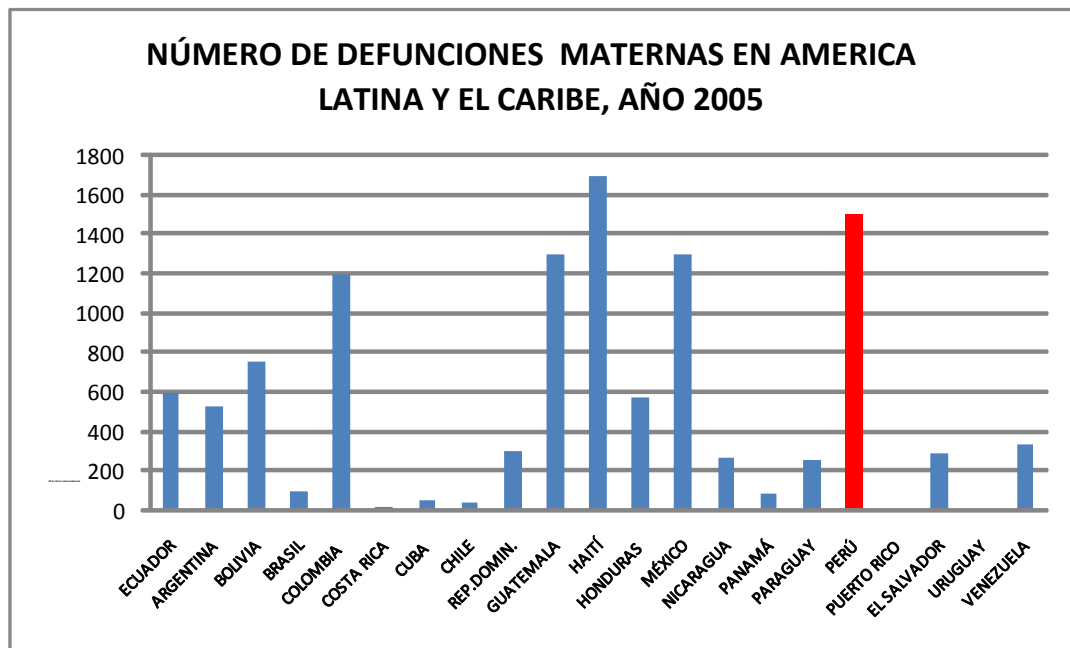
Según la Organización Panamericana de la Salud (2002) se calcula que la razón global de mortalidad materna en América Latina y el Caribe en 1990 fue de 180 por 100 mil nacidos vivos, lo que representó un total de 21 mil defunciones maternas. En 1995 fue de 190 por 100 mil nacidos vivos, haciendo un total de 22 mil mujeres muertas por causas maternas.

En el estudio publicado el 2008 por la Organización Mundial de la Salud, para el año 2005 se estima en América Latina y el Caribe una razón de mortalidad materna de 130 por 100 mil nacidos vivos, lo que hace un total de aproximadamente 15 mil muertes maternas. Este mismo informe indica que, en dicha región, el riesgo de defunción materna a lo largo de la vida es de 1 entre 290 mujeres en edad fértil.

Si bien las cifras a nivel de la región parecen haber disminuido, cada país tiene un comportamiento distinto. Además, a pesar de que las cifras son menores que en regiones como la parte del África que se ubica al sur del Sahara o la región del Asia meridional, las tasas registradas en América Latina todavía son mucho más altas que en otras latitudes.

Considerando el número de muertes maternas estimadas por la Organización Mundial de la Salud para el año 2005, las cifras más altas de la región se presentan en Haití (1700), Perú (1500), México y Guatemala (1300). Mientras que las tasas más bajas se encuentran en Puerto Rico (10), Uruguay (11), Costa Rica (24) y Chile (40).

Figura1



Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y BM (2008). *Mortalidad Materna en 2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Como ya lo ha reconocido la Organización Panamericana de la Salud, desde el año 2002, si bien el embarazo y el parto no son enfermedades, las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren por causas relacionadas con dichos procesos fisiológicos.

Y aunque la razón de la mortalidad materna ha disminuido desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años ochenta y principios de los noventa, la mortalidad materna en la región sigue siendo un problema de salud pública en el que se ha progresado poco y de una manera muy lenta, durante los últimos tiempos.

Cuadro 3

**AMERICA LATINA: INDICADORES DE LA MUERTE MATERNA
SEGÚN PAÍSES, AÑO 2005**

PAÍS	GRUPO	N° DEFUNCIONES MATERNAS	RMM * (DEFUNCIONES MATERNAS POR 100,000 NACIDOS VIVOS)	MARGEN DE INCERTIDUMBRE DE LAS ESTIMACIONES DE LA RMM	
				ESTIMACION MÍNIMA	ESTIMACIÓN MÁXIMA
ECUADOR	H	600	210	65	560
ARGENTINA	B	530	77	51	100
BOLIVIA	C	760	290	160	430
BRASIL	D	100	110	74	150
COLOMBIA	H	1,200	130	38	370
COSTA RICA	A	24	30	30	60
CUBA	A	60	45	45	90
CHILE	A	40	16	16	32
REPÚBLICA DOMIN.	C	310	150	90	210
GUATEMALA	H	1,300	290	100	650
HAITÍ	C	1,700	670	390	960
HONDURAS	F	580	280	190	380
MÉXICO	A	1,300	60	60	120
NICARAGUA	F	270	170	120	230
PANAMÁ	H	91	130	39	410
PARAGUAY	F	260	150	99	200
PERÚ	C	1,500	240	170	310
PUERTO RICO	A	10	18	18	36
EL SALVADOR	H	290	170	55	460
URUGUAY	A	11	20	20	40
VENEZUELA	A	340	57	57	110

Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y BM (2008). *Mortalidad Materna en 2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

El estudio fuente calculó las cifras totales por país para poder garantizar su comparabilidad, por lo que no son necesariamente las estadísticas oficiales de los países, ya que éstos pueden utilizar otros métodos más rigurosos. De igual forma, la razón de la mortalidad materna y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se han redondeado conforme al siguiente esquema: < 100, sin redondeo; 100–999, redondeo a la decena más próxima, y > 1000, redondeo a la centena más próxima. Las cifras de defunciones maternas se han redondeado de la siguiente manera: < 1000, redondeo a la decena más próxima; 1000 – 9999, redondeo a la centena más próxima, >10 000, redondeo al millar más próximo.

GRUPO A: Datos de mortalidad materna derivados de registros civiles: países y territorios con un buen registro de defunciones y buena atribución de la causa de defunción.

GRUPO B: Datos de mortalidad materna derivados de registros civiles: países y territorios con un buen registro de defunciones pero atribución incierta de la causa de defunción.

GRUPO C: Datos de mortalidad materna derivados del método sororal directo: estimaciones notificadas y ajustadas.

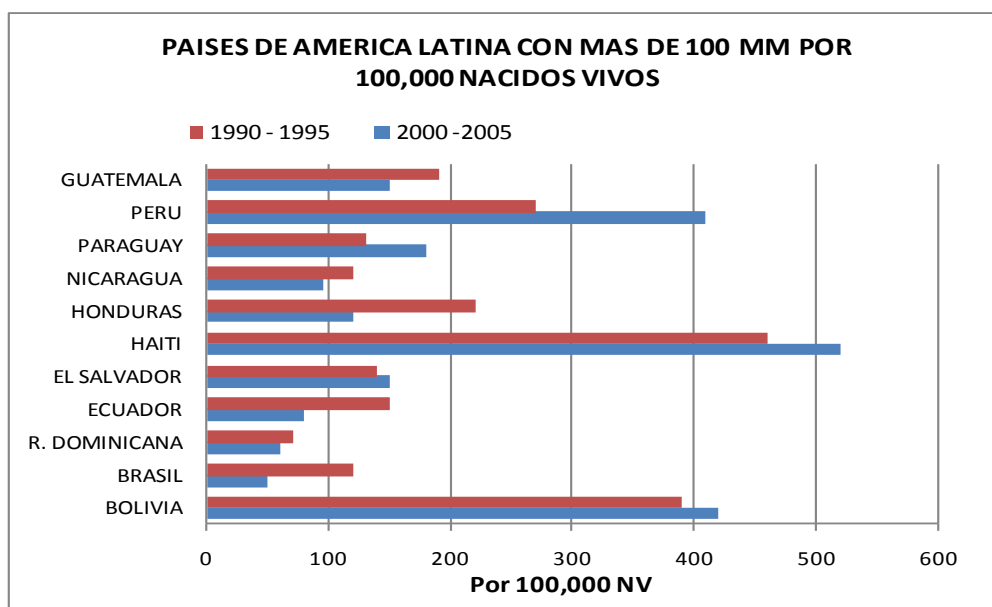
GRUPOS D a la G: Datos de mortalidad materna derivados de estudios en cada grupo.

GRUPO H: Datos de mortalidad materna derivados de un modelo estadístico.

Ahora bien, si estas estimaciones se comparan con los esfuerzos realizados a lo largo de la región en materia de reducción de la mortalidad por otras causas, se puede inferir que la efectividad de las medidas tomadas para detener la muerte materna ha sido baja.

Muchos indicadores de salud, como la tasa de fecundidad total y la tasa de natalidad bruta, han descendido considerablemente en los dos últimos decenios, pero la tasa y la razón de mortalidad materna han permanecido casi estacionarias, debido a inadecuadas e inefectivas intervenciones destinadas a mejorar la salud materna. Debemos suponer también, que en la mínima reducción de la muerte materna, estarían reflejadas las inequidades económicas, sociales y culturales de género.

Figura 2



Elaborado por la autora de la tesis.

Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y BM (2008). *Mortalidad Materna en 2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Apesar de que las cifras nos indican que en América Latina y el Caribe la mortalidad general de su población había descendido en el 2005, la mortalidad materna, en cambio, había aumentado en algunos de sus países como Haití, Perú, Bolivia, Paraguay y El Salvador.

1.1.3. El Problema de la Mortalidad Materna en el Perú

El Estado peruano suscribió en el año 2000 el compromiso que lo une a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Precisamente, el Objetivo 5 está referido a la mejora de la salud materna. Como ya se ha dicho, el compromiso es reducir la mortalidad materna, entre los años 2001 y 2015, en sus tres cuartas partes.

La tasa y la razón de mortalidad materna en el Perú no se han reducido en gran medida y continúan siendo unas de las más altas de América Latina.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2000 la razón de mortalidad materna fue de 185 por 100 mil nacidos vivos. Esta cifra es la asumida por el Estado. Sin embargo, otras instituciones internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que fue de 240 por 100 mil nacidos vivos. (FPNU, 2008)

De acuerdo a las estimaciones de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas, la razón de mortalidad materna tuvo su mayor reducción durante la década de los noventa. En el período 1990 - 1996 la razón de muerte materna fue de 265 muertes por 100 mil nacidos vivos. Luego, durante el período 1994 - 2000 esta cifra se redujo a 185. Asimismo, la tasa de mortalidad materna estimada para el período comprendido entre los años 1994 – 2000 fue de 18,3 muertes maternas por cada 100 mil mujeres en edad reproductiva (INEI, 2001).

Esta reducción podría explicarse debido al ligero incremento del acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres embarazadas. Casi el 73% de las mujeres gestantes acudió a su primer control prenatal durante el primer trimestre de gestación, esto implica un incremento promedio anual de cerca de 1% respecto del 2008 (INEI, 2009). Sin embargo, también es cierto que, a medida que avanza el periodo de gestación, la atención prenatal se ve reducida (Defensoría del Pueblo, 2008).

Como se puede inferir de lo anterior, a pesar de su reducción, la mortalidad materna en el Perú no ha disminuido significativamente. De acuerdo a cifras del Ministerio de Salud (2008), en el año 2007, el 27% de las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo ocurrieron mientras la mujer estaba embarazada; el 26%, durante el parto; y el 46% durante las seis semanas siguientes al parto. Es decir, la mayoría de las muertes maternas (72%) está vinculada directamente a la deficiente atención durante el parto (lo cual conlleva a problemas de salud posteriores) así como a la escasa información disponible para las mujeres (y familiares) sobre los signos de alarma durante el puerperio.

Por ello, es sumamente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales de la salud especializados. Así pues, en el 2000, 71 de cada 100 mujeres recibieron atención prenatal por un médico u obstetra. Sin embargo, esta cifra desciende a 27 entre las mujeres sin nivel educativo (INEI, 2001).

Una atención prenatal de calidad implica que los profesionales de la salud informen a las mujeres gestantes sobre los signos de alarma durante y después del embarazo. Pese a esto, la Defensoría del Pueblo (2008) halló que a menos del 75% de mujeres gestantes se le brindó dicha información.

En países en desarrollo como el Perú, la mayoría de las muertes maternas son evitables, ello depende de la detección precoz de los signos de alarma y de la instalación del tratamiento oportuno. Un problema en el embarazo, parto o postparto se agrava o alivia en función al mayor o menor acceso a los servicios de salud y a la capacidad resolutive para cada caso. Como puede colegirse, una conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte.

La accesibilidad a los servicios de salud, de acuerdo al derecho internacional, presenta cuatro dimensiones inseparables: accesibilidad física, accesibilidad económica, accesibilidad sin discriminación, y acceso a la información. Según los análisis del Physicians for Human Rights (2007), la falta de accesibilidad en cualquiera de estas dimensiones puede acrecentar la demora en la atención médica y desencadenar una muerte materna.

Por otro lado, las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones en la gestante son bastante conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

Sin embargo, en el Perú, las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención de salud adecuada. Esto se agrava más si consideramos que es especialmente en esas zonas donde

hay menos profesionales de la salud calificados. Según la Defensoría del Pueblo, más de la cuarta parte de los centros de salud con capacidad para atender urgencias obstétricas las 24 horas se halla situada en zonas urbanas. La mayoría de las zonas rurales no cuenta con centros de salud que puedan proporcionar atención de urgencia (Defensoría del Pueblo, 2008).

Así tenemos que, mientras en Lima hay 22 doctores, 11 enfermeras o enfermeros y 3 obstetras por cada 10 mil habitantes; en Ayacucho hay sólo 5 doctores, 7 enfermeras o enfermeros y 4 obstetras para la misma cantidad de habitantes; en Huancavelica, 4, 3 y 2; y en Huánuco, 4, 5 y 3 respectivamente (Amnistía Internacional, 2006). Caso aparte es el de las comunidades indígenas, éstas se encuentran históricamente excluidas y su acceso a servicios de salud es bastante reducido con respecto al promedio nacional.

De acuerdo al censo realizado por el INEI (2008) en el año 2007, el 55,1% de las comunidades indígenas no tenía ningún establecimiento de salud y el 35,9% restante contaba sólo con un botiquín o una posta médica. De este modo, sólo el 9% de las comunidades indígenas tenía acceso a un hospital o establecimiento de salud más equipado que una posta médica.

Según recientes declaraciones de Teresa Carpio, Directora de Save the Children en el Perú, «la cifra de muertes maternas decreció en los últimos 10 años, pero por el ritmo de crecimiento que registra el país, las cifras deberían ser mucho mejores. Casos como Huancavelica y Cusco, cuyas tasas (20% y 21%) siguen siendo altas».

1.2. Formulación del Problema

Problema general:

¿Existe relación entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo de los factores sociosanitarios asociados a ella?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles han sido los niveles de la mortalidad materna en el Perú entre los años 2001 al 2010, establecidos por las ENDES y otras fuentes?
- ¿Cuál ha sido el comportamiento de la mortalidad materna en los departamentos del Perú durante los últimos diez años (2001-2010)?
- ¿La reducción de la mortalidad materna se ha dado de igual forma en los departamentos del Perú?
- ¿Cuál ha sido el comportamiento de los factores sociosanitarios asociados a la mortalidad materna en los departamentos del Perú durante los últimos diez años (2001-2010)?

1.3. Justificación Teórica

El Perú, en su valiosa diversidad, encierra grandes disparidades culturales, económicas, educacionales, geográficas, entre otras, que complejizan su manejo político-administrativo. En el campo de la salud, esta situación dificulta el diagnóstico y control de los problemas de salud, contribuyendo a la elevación de los indicadores negativos de morbilidad y mortalidad. Por ello, es de suma importancia tratar factores relacionados con las mencionadas disparidades.

En la evaluación del problema de las muertes maternas, es fundamental considerar que la muerte materna no sólo implica la pérdida de una vida en edad productiva. Ella también afecta la dinámica familiar, con lo que se generan problemas de índole social que impactan en el desarrollo del país, como la orfandad, el abandono infantil y sus consecuencias.

El presente trabajo pretende reafirmar cualquier modelo teórico que considere a la mortalidad materna como un problema de cobertura y acceso a servicios de salud de calidad y de derechos humanos.

1.4. Justificación Práctica

El presente estudio se planteó con la finalidad o propósito de proveer información relevante sobre la relación entre la muerte materna y algunos de sus factores sociosanitarios asociados, que contribuya a la propuesta de iniciativas vinculadas a su reducción, las mismas que deben ser desarrolladas por las instituciones estatales y de la sociedad civil.

Asimismo, se esperaría que las conclusiones y recomendaciones del presente estudio favorezcan la toma de decisiones por parte de los *policy makers* a beneficio de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad en cuanto a su salud reproductiva, pues la muerte materna tiene un alto grado de evitabilidad.

1.5. Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General

Establecer la relación entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo de los factores sociosanitarios asociados a ella.

1.5.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar los indicadores de mortalidad materna en el Perú entre los años 2001 al 2010.
- b. Describir el comportamiento de la mortalidad materna en los departamentos del Perú, durante los últimos diez años.
- c. Determinar la relación que existe entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo de los factores sociosanitarios asociados a ella.

1.6. Hipótesis de Investigación

1.6.1. Hipótesis General

Existe relación entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo de factores sociales asociados a ella.

1.6.2. Hipótesis Específicas

- La reducción de la mortalidad materna no se ha dado de igual forma en los departamentos del Perú.
- En los departamentos con menos nivel de reducción de la mortalidad materna se ha dado un menor grado de desarrollo de los factores sociales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Epistemológico de la Investigación

2.1.1. La salud, la muerte materna y las políticas públicas en el Perú

Según Verdera (2007), durante los últimos 25 años el Estado peruano ha tomado un rol más protagónico en cuanto a atender las demandas sociales que el mercado no puede satisfacer. Esto se tradujo en las políticas públicas que han transitado, de poner su atención en la distribución del ingreso a ponerla en la reducción de la pobreza. Sostiene que con esto se dejó de lado la necesaria atención que el Estado debe poner en la reducción de las desigualdades sociales en sí mismas, como factor que reproduce y perpetúa la pobreza, hasta el punto de convertirla en un problema estructural.

Verdera (2007) sostiene que, para reducir la pobreza, es necesario promover políticas que respeten los derechos humanos, así como los derechos sociales. De este modo, se estaría atacando el problema de fondo: la desigualdad *per se* y no tanto la pobreza, que es una de sus consecuencias más notorias.

Por otro lado, no se ha avanzado lo suficiente en los procesos de reforma de la gestión pública para mejorar la calidad e impacto de los programas sociales. Por este motivo, a pesar de que en los últimos años se ha hecho un esfuerzo fiscal importante por destinar mayores recursos, la descoordinación entre los organismos públicos, así como, la corrupción y otros tantos problemas limitan la efectividad de los programas sociales.

Con el crecimiento macroeconómico que viene dándose en el país en los últimos años, el nivel del gasto social en el Perú (que incluye salud) sigue siendo menor que el promedio regional de América Latina (Banco Mundial, 2008).

El Estado peruano tiene uno de los niveles de inversión en salud más bajos de la región (Amnistía Internacional, 2006). La disminución del presupuesto asignado al sector salud (a pesar de que los indicadores son bajos tanto en cobertura como en calidad), pone en evidencia el débil compromiso respecto de los convenios internacionales firmados. Por ejemplo, desde el 2008 hasta la fecha, se viene destinando aproximadamente el 2% del presupuesto total de salud a las acciones relacionadas con la salud materna (Defensoría del Pueblo, 2008).

El Ministerio de Salud orienta un buen porcentaje del gasto hacia los hospitales, a pesar de que éstos se encuentran mayoritariamente en los centros urbanos y atienden a los usuarios menos pobres. En consecuencia, la mayoría de usuarios acude a centros y puestos de salud, especialmente aquellos que viven en zonas rurales (Ministerio de Salud, 2002).

Vale considerar que, por las precarias condiciones de vida de muchas personas, la demanda de atención por problemas de salud es alta, incrementando el gasto de los hogares.

En países como el Perú, son los hogares y no el Estado los que más invierten en la atención de salud. Cerca del 40% del gasto en salud es financiado por los

usuarios (pago por servicios de salud), frente a un 25% del gobierno central; el otro 35% está dividido entre seguros los privados de salud y las redes de atención relacionadas con las municipalidades (Ministerio de Salud, 2002).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Nacionales Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial (2004), en el año 2000, el Perú estaba en el puesto 119 de un total de 191 países en términos de equidad y desempeño de su sistema de salud. Además, se encontraba en la posición 184 de 191 países en términos de justicia de las contribuciones financieras (es decir, la capacidad de contribuir al sistema de salud de acuerdo al ingreso que una persona recibe), colocándolo más cerca en este orden a países como Somalia, Myanmar y Sierra Leona, que a sus vecinos regionales.

Sin embargo, cabe decir que en los últimos 3 años se han dado iniciativas concretas por parte del Estado para alcanzar los Objetivos del Milenio relacionados con la mortalidad materna. Entre las más importantes se encuentran la Implementación del Plan estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal 2009-2015 y el Programa Estratégico Materno Neonatal (2010).

El primero es un intento por establecer y reforzar pautas y procedimientos que deberán cumplir las diferentes instancias del Ministerio de Salud para disminuir la mortalidad materna y perinatal. Esto como base para generar, de acuerdo a la ley, un plan estratégico multisectorial que involucre a todas las instancias públicas y privadas que integran el sector salud.

Del mismo modo, el Programa Estratégico Materno Neonatal es una iniciativa destinada a incrementar la oferta y el acceso a servicios de salud de calidad. Todo ello, bajo el monitoreo de indicadores de seguimiento y rendimiento, como lo demandan los cánones del presupuesto por resultados, del cual este programa pasó a ser parte en el año 2010.

Puede señalarse que las políticas públicas de salud materno-perinatal y las normas operativas derivadas de ellas son muy semejantes comparando períodos de gobierno y años. En el caso específico de la mortalidad materna, todas se basan en los compromisos internacionales y nacionales para su reducción. Desde la denominada sociedad civil se hacen llegar a las instancias estatales, estudios que dan cuenta de la necesidad de implementar dichas políticas adecuadamente y de llevar a cabo el correspondiente seguimiento, vigilancia y rendición de cuentas, de tal modo que el país cumpla con los acuerdos internacionales y con la población de mujeres que demandan recursos y cuidados para lograr una maternidad segura.

Reconocida la necesidad de asegurar la salud materna en nuestro país, en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, firmado el año 2005, se dice «[...] nos hemos planteado el reto de adoptar acuerdos por consenso con relación a la salud pública que, como expresión del derecho a la salud de peruanos y peruanas, se traduzcan en políticas sanitarias a aplicarse en el próximo período de gobierno 2006-2011 en beneficio de la población, avanzando sobre lo ya construido por el país». Este acuerdo fue firmado por 16 partidos políticos (Acción Popular, Alianza para el Progreso, Avanza País, Coordinadora Nacional de Independientes, Frente Amplio de Izquierda, Fuerza Democrática, Movimiento Humanista Peruano, Partido Aprista Peruano, Partido Justicia Nacional, Partido Popular Cristiano, Partido por la Democracia Social, Partido regional “Auto Gobierno Ayllu”, Partido Socialista, Perú Posible, Somos Perú y Solidaridad Nacional). Con relación a la salud materna, entre otros, se comprometieron a lo siguiente:

- Asegurar la atención de salud integral de la mujer, antes, durante y después del embarazo.
- Concertar los planes de salud materna, con estrategias de inclusión de las poblaciones más vulnerables, incluyendo la interculturalidad.

- Desarrollar y mejorar mecanismos de organización de la red de servicios de salud para garantizar el acceso a la atención oportuna y de calidad de salud, así como de la emergencia obstétrica.
- Incrementar la cobertura del control prenatal y la atención del parto por personal de salud calificado, con énfasis en los estratos más pobres y excluidos, con calidad y adecuación a su cultura.
- Involucrar a la población, gobiernos regionales y locales en la problemática de la salud materna.
- Formular el seguimiento adecuado de indicadores, vinculados a estas estrategias, con énfasis en poblaciones vulnerables y excluidas.

Según Franke, Arroyo y Gúzman (2010), la situación sanitaria en el Perú es precaria y así lo demuestran los indicadores básicos de mortalidad, desnutrición y anemia, y la persistencia de enfermedades infectocontagiosas que ya fueron erradicadas en otros países.

Lo más grave es que más del 25% de la población peruana está excluida del sistema de salud, a pesar de que el Estado, a través del MINSA, ha aumentado su cobertura, y a pesar de haberse triplicado el número de establecimientos y recursos humanos en todo el país.

Bajo este escenario, queda claro que los patrones de gasto en salud refuerzan las inequidades existentes.

2.1.2. Exclusión y Discriminación con relación a la atención de Salud

La exclusión es un problema endémico en el Perú, lo que se ve claramente reflejado desde el rol del Estado como proveedor de servicios. Una de las

formas de exclusión más visible es la discriminación social, porque se genera y se ve reproducida en la vida cotidiana. Por ello, bajo un enfoque de derechos humanos, los servicios de salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables o históricamente marginados de la población. Para lograrlo, los servicios y establecimientos de salud deben ajustarse a las necesidades existentes en materia de género, y a los derechos y culturas de las poblaciones indígenas.

Este punto es muy importante. Según el estudio publicado por Physicians for Human Rights (2007), la falta de respeto hacia la idiosincrasia del otro hace que en el Perú se evidencien actitudes discriminatorias extendidas entre los profesionales de salud. Señala que, en diferentes ocasiones, el personal de salud en Puno y Huancavelica manifestó que los pobladores del lugar tenían una «idiosincrasia atrasada» o «ignorante». Del mismo modo, en lo que se refiere a las poblaciones indígenas, señalaban que «tienen que aprender» o «les falta educación». Incluso, un director regional de salud en Puno, dijo que «la mortalidad materna en estos lugares es un problema cultural, un problema que está en la mente de los pobladores».

Physicians for Human Rights halló casos de coerción abierta dirigida a las poblaciones indígenas para dar a luz en establecimientos de salud, como el uso de la fuerza policial y/o amenazas de encarcelamiento en el centro de salud, además de multas para obtener el certificado de nacido vivo cuando los partos se producen dentro de la casa.

Según Reid (2008) la discriminación en el ámbito de la salud se percibe fácilmente al observar quiénes son los que reciben una mejor calidad de atención cuando se enferman. A pesar de los avances en la creación de grandes programas como el Seguro Integral de Salud (SIS), que incluye a personas antes marginadas, la exclusión social sigue siendo un lastre dentro del sector salud.

En Abancay, según Reid (2008), muchos pobladores coinciden en señalar que salud es el sector en el cual sienten mayor discriminación. A pesar de ello, la Dirección Regional de Salud de Apurímac no registra casos “oficiales” de discriminación social. Asimismo, en este tipo de departamentos, una de las discriminaciones más frecuentes que afrontan las madres gestantes es que se ven obligadas a tratar de expresarse en castellano, pues en su idioma materno el personal de salud no las entiende.

De este modo, la falta de personal de salud que hable la lengua local constituye una forma de discriminación y es una barrera sistemática para la atención accesible. Por ello, ante la ausencia de un sistema a nivel institucional que provea servicios de traducción e interpretación, la carencia de facilidad es para comunicarse reduce el acceso a los servicios de salud y afecta la calidad de la atención.

Aunque se han dado iniciativas gubernamentales para proporcionar formación en el idioma quechua a los profesionales de la salud, éstas no han sido extendidas. Asimismo, en muchas zonas del país, los profesionales de la salud manejan muy poca información que tenga que ver con la cosmovisión de las mujeres indígenas sobre el cuerpo, la sexualidad y la enfermedad. Muchas mujeres indígenas no se sienten cómodas o seguras utilizando los servicios de salud materna por el simple hecho de sentir vergüenza ante la exposición de sus genitales cuando son atendidas.

A esto se suma la falta de apoyo del personal de salud durante el parto, en contraste con los partos domiciliarios (en los que las mujeres tienen el apoyo continuo de la partera y sus familiares), o también, el hecho de ser dadas de alta al día siguiente, mientras que en sus casas pueden descansar tres o cuatro días seguidos.

2.2. Antecedentes de Investigación

A nivel nacional y mundial, existen estudios sobre los problemas de salud de las mujeres relacionados con los procesos fisiológicos del embarazo, parto y postparto, así como, sobre la muerte materna en tanto expresión máxima del riesgo que conllevan los procesos fisiológicos mencionados cuando se asocian a pobres condiciones de vida.

Entre los estudios más importantes relacionados con la presente tesis, se registran los siguientes títulos:

2.2.1. Cervantes, R., Watanabe, T. & Denegri, J. (1988). *Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú*. Lima: Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Organización Panamericana de la Salud.

El trabajo constituyó el primer estudio prospectivo sobre mortalidad materna y la mortalidad perinatal a nivel nacional en el Perú. En cuanto a la mortalidad materna, dio a conocer la estructura de esta desde el enfoque médico, así como los factores asociados a ella. También proporcionó información sobre las características de los hospitales del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social, relacionadas con su capacidad resolutoria respecto de la atención materna. Permitió notar la inconsistencia de los datos sobre las muertes maternas en el país e identificó la correlación entre la muerte materna y un número importante de variables sociales que actúan a través de factores médicos, incrementando la predisposición a desarrollar complicaciones potencialmente fatales.

El estudio mostró que la primera causa de muerte materna en el país era la hemorragia, en segundo orden, con una mínima diferencia, el aborto (en su gran mayoría provocado), y luego la infección seguida de la hipertensión inducida por la gestación. Estableció que esta estructura era típica de los

países muy pobres. La muerte materna por hemorragia es considerada actualmente como la expresión de una serie de factores negativos que van desde la situación de pobreza extrema de la paciente y su familia hasta una bajísima o nula capacidad de atención y resolutive del sistema de atención de salud. En general, el estudio expresó que, al año 1985, el proceso grávido-puerperal en el Perú estaba seriamente amenazado por un gran número de factores cuyo control rebasaba al sector salud. Una de sus conclusiones fue que la tasa de muerte materna debe ser considerada como expresión de la situación socio-económica, cultural y sanitaria del país. Entre sus recomendaciones se lee:

- Reorganizar la atención materno-perinatal, creando un sistema que incluya un subsistema para la atención de la salud reproductiva.
- Reevaluar la ubicación, infraestructura, equipamiento y disponibilidad de recursos para la atención materno-perinatal en todos los centros asistenciales del país y proceder a subsanar las deficiencias.

2.2.2. Watanabe, Teresa. (2002). *Tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú. 1992 -2000*. Lima: INEI, DHS.

Estudio basado en fuentes del Registro Civil, las Encuestas Nacionales Demográfica y de Salud (ENDES) y las Fichas de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna (FIEMM) del año 2000, las que constituyeron la mayor casuística en un estudio de muerte materna.

Los objetivos del estudio fueron:

- Estimar los niveles y la tendencia de la mortalidad materna peruana a nivel nacional y departamental.

- Determinar la estructura de las causas de muerte materna con fuentes alternativas de datos, para el año 2000.
- Llevar a cabo el análisis explicativo de la mortalidad materna ocurrida en el año 2000, a través de las variables intermedias o factores asociados.

Para el estudio de la tendencia y niveles de la muerte materna se tomaron como base las ENDES 1991-1992, 1996 y 2000. Para conocer la distribución departamental se utilizó la información proveniente de la entonces Oficina General de Epidemiología y del ex Programa de Salud Materno Perinatal, ambos del Ministerio de Salud.

El estudio de la estructura de las causas maternas se basó en las FIEMM. Estas fuentes también fueron utilizadas para el análisis explicativo de la mortalidad materna a través de variables intermedias o factores asociados, aplicando el análisis factorial de correspondencias múltiples, para establecer las relaciones entre los factores asociados o variables intermedias y la muerte materna por causas directas. Las causas directas, fundamentalmente la muerte materna por hemorragia, como ya se dijo, son expresión de las condiciones de vida y de las condiciones del sistema de salud. Las relaciones halladas fueron:

- Entre el parto domiciliario y la demora para pedir ayuda.
- Entre la emergencia obstétrica y la demora en llegar a un establecimiento de salud.
- Entre la muerte debida a una complicación del aborto y el tiempo de espera en un establecimiento de salud.
- Entre las mujeres que no desearon el embarazo y la atención del parto por partera.

- Entre la atención por partera, el uso de prácticas como aplicación de cucharón caliente en la boca, masajes en el abdomen, maniobras externas, administración de infusiones, faja encima del ombligo u otros medios para ayudar la salida del feto o de la placenta, y la demora en tomar la decisión y en llegar a un establecimiento de salud.

Entre las principales conclusiones del estudio figuran:

- En el período 1990 - 2000, la razón de mortalidad materna habría descendido en un 26.15%. Considerando este indicador, el Perú no logró la meta de reducción establecida en la Cumbre Mundial de la Infancia: reducir la mortalidad materna al 50% en el decenio 1990-2000.
- La probabilidad de una mujer de morir durante el período reproductivo en el Perú es aproximadamente 14 veces mayor en los departamentos más deprimidos frente a las zonas de mayor desarrollo.
- Las diferencias observadas en el nivel de la mortalidad materna, según departamentos de residencia, son grandes. Por ejemplo, la probabilidad de morir por causas maternas de una mujer de Huancavelica es de 0.0172, en tanto que la de una mujer residente en la Provincia Constitucional del Callao es de 0.0012.
- La inaccesibilidad geográfica puede estar jugando un importante papel para que la gestante, habiendo sido controlada en un establecimiento de salud, no acuda a dar a luz en uno de ellos.
- La decisión de acudir a un establecimiento de salud ante una emergencia obstétrica, decisión que recae en el marido, la suegra o la madre, es un factor decisivo en el inicio de la cadena de eventos que culminan con la muerte. Esto se debe a la subordinación de la mujer en esta situación a personas que se consideran más autorizadas para tomar decisiones.

- El deficiente nivel de desempeño del personal y la “mala reputación” de algunos establecimientos de salud provocada por algunas experiencias negativas previas, ya sea de la paciente, familiares o vecinas de su comunidad, son importantes factores contribuyentes a la muerte materna.

2.2.3. Physicians for Human Rights. (2007). *Demoras Fatales. Mortalidad Materna en el Perú*. Washington: Physicians for Human Rights.

El estudio contribuye al análisis y discusión mundial sobre la mortalidad materna que se viene dando durante años, haciéndolo desde un enfoque de derechos humanos y de género.

Considera variables sociales como discriminación o marginalidad y provee importante información sobre el sistema de salud, aspectos económicos y sobre la reforma del sector salud y la mortalidad materna.

2.2.4. OMS, UNICEF, UNFPA, BM. (2008). *Mortalidad Materna en 2005*. Ginebra: OMS.

El estudio constituye un referente muy importante para el estudio de la mortalidad materna. Brinda estimaciones de muerte materna a nivel nacional, regional y mundial, además de un análisis de tendencias para evaluar el comportamiento de la mortalidad materna desde 1990 hasta 2005. El informe incluye el cálculo del riesgo estimado de morir por causas asociadas al embarazo, al que están expuestas las mujeres gestantes.

2.2.5. INEI. (2009). *Cobertura y Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva y Otras Variables, y su relación con el nivel de la Mortalidad Materna: 2007*. Lima: INEI.

Estudio basado en las ENDES (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud) de 2004 a 2007. Tuvo como objetivo relacionar los cambios en el nivel de la mortalidad materna con variables intermedias o factores asociados, como la cobertura y calidad de los servicios de salud materna y los niveles de fecundidad y pobreza.

Aborda el problema de la elevada magnitud de la mortalidad materna en el Perú y su relación con variables intermedias o factores asociados. Los procedimientos utilizados en el estudio consistieron en generar simulaciones consistentes y en suponer tres niveles de reducción de la mortalidad materna, lo que permitió construir tres alternativas o escenarios de reducción de la muerte materna: al 10% (bajo), al 30% (medio) y al 50% (alto).

Entre las principales conclusiones del estudio tenemos:

- La atención de calidad durante el embarazo creció en un 24.5% en el país, concentrándose el mayor crecimiento en los estratos intermedios, de manera que las diferencias se van acortando.
- El parto en centros de salud creció, en promedio, 14%, con las restricciones en los departamentos con altos porcentajes iniciales.
- Los cambios en la atención del parto por médico son de tendencia similar a la atención del control prenatal, alcanzando incrementos cercanos al doble en algunos departamentos del estrato de menor desarrollo.

2.2.6. OMS, UNICEF, UNFPA, BM. (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. Ginebra: OMS.

En este estudio se encuentra información sobre el establecimiento de la “manera correcta” de medir la mortalidad materna. Propone la mejor forma de entender el análisis y la interpretación de los estimados que se realicen; además, trata de establecer continuidades y rupturas de los estimados sobre mortalidad materna que se han venido dando hasta el 2008.

2.2.7. UNFPA. (2012). *Estado Mundial de la Población 2011*.

El informe contiene indicadores generales sobre fecundidad y mortalidad materna. Su importancia radica en que permite establecer relaciones entre la mortalidad materna y otros indicadores o factores sociales.

2.3. Bases Teóricas

La explicación del proceso de mortalidad, particularmente el de la mortalidad materna, tiene que ver con la medicina, la salud pública y la demografía, así como con las ciencias sociales.

La medicina y la salud pública encaran el problema desde el punto de vista de las causas de la muerte materna, los métodos terapéuticos para dominarla, las estrategias y los medios para prevenirla. En demografía, interesa conocer la forma y tamaño de la relación que existe entre las características físicas o biológicas, la organización social y el medio ambiente, con el hecho de que se den muertes por causas relacionadas al embarazo.

Siendo la muerte materna un problema que va más allá de lo médico, es necesaria la contribución de las ciencias sociales para su tratamiento con un enfoque multidisciplinario y explicativo.

2.3.1. La mortalidad materna desde un enfoque demográfico

Desde la demografía, interesa conocer el fenómeno de la mortalidad en la población, cuya cuantificación se conoce como el nivel de mortalidad. También es importante el estudio de las tendencias o cambios del nivel de la mortalidad a través del tiempo, así como las diferencias del nivel de la mortalidad entre los distintos segmentos en que se puede dividir una población.

En el caso de la mortalidad materna, su estudio desde un enfoque demográfico es muy importante porque su cuantificación, tendencia, cambios a través del tiempo y diferencias entre segmentos constituyen información indispensable para establecer las políticas y acciones dirigidas a su reducción, ya que como se sostiene en el presente estudio, la muerte materna afecta a todo el núcleo familiar y a la sociedad en su totalidad.

Hay tres conjuntos de mujeres ligados a la mortalidad materna, los que a su vez dan origen a los indicadores: 1) Las mujeres embarazadas; 2) Las mujeres en edad fértil, y 3) Las mujeres expuestas al riesgo de muerte materna.

Los dos primeros conjuntos se relacionan al cálculo de razones y tasas de mortalidad materna, el tercero al cálculo de la probabilidad de morir por causas maternas.

Cabe señalar que los indicadores *razón de mortalidad materna* y *tasa de mortalidad materna*, están afectados por la dificultad para obtener el dato sobre el conjunto de mujeres dentro del cual ocurren dichas muertes, es decir, todas las embarazadas, puesto que se consideran muertes maternas a las ocurridas durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Dichos indicadores se ven afectados por la cuantificación del número de muertes maternas al no contar todavía con un sistema de monitoreo y registro que unifique y consolide la información sobre la mortalidad materna en el Perú.

Pese a las limitaciones mencionadas, propias de cualquier indicador que estime y asigne valores, la razón y la tasa de muerte materna siguen siendo indicadores usados internacionalmente para estimar la magnitud de la muerte materna en el mundo.

2.3.1.1. Razón de Mortalidad Materna

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es una forma de cuantificar la muerte materna en la población. Para ello se relaciona las muertes maternas con el número de nacimientos (nacidos vivos), ambos hechos vitales ocurridos en el mismo período de tiempo. En el denominador se usan los nacimientos como una aproximación del número de embarazos, ya que no es posible contar con una cifra confiable del número de embarazos en curso en el período de la estimación.

La principal objeción que se hace a este indicador es que sobre estimaría la incidencia de la muerte materna, pues el denominador no incluye los embarazos terminados en aborto o con nacidos muertos.

2.3.1.2. Tasa de Mortalidad Materna

La Tasa de Mortalidad Materna (TMM), relaciona por cociente la muerte materna con las mujeres en edad fértil. En este caso se considera como denominador a la población dentro de la cual ocurren las muertes maternas.

Es de advertir que este denominador puede generar una subestimación de la mortalidad materna desde que no todas las mujeres en edad fértil o reproductiva están expuestas al riesgo de embarazo y muerte materna, ya sea por no tener relaciones sexuales, ser infértiles o por estar usando métodos anticonceptivos. Además, no es posible considerar los riesgos mayores por el incremento de las gestaciones y la paridad, ni las diferencias por la estructura de edad de las mujeres en edad fértil (MEF).

2.3.1.3. Indicadores de la Mortalidad Materna No Convencionales

Los indicadores del nivel de la mortalidad materna que se definieron anteriormente (razón y tasa) son indicadores “contemporáneos” (eventos ocurridos en el mismo período de tiempo). Existen otros indicadores de la mortalidad materna cuyo uso no es frecuente y se les denomina indicadores de “generaciones”, que consideran la probabilidad de morir por causa materna durante el período reproductivo.

- ***Probabilidad de morir por causa materna durante el período reproductivo (PMPCM).***

Define la exposición al riesgo de morir por causas maternas, de todas las hermanas que alcanzaron la edad de 15 años y más. El procedimiento empleado es el planteado por Graham y Brass, trabajado con datos indirectos de las encuestas demográficas (ENDES). Considera como población expuesta al riesgo de muerte materna, a todas las hermanas de la mujer muerta por causa materna, que hayan entrado al período reproductivo (15 a 49 años).

- ***Proporción de Mujeres en Edad Fértil que Murieron por Causas Maternas.***

Es la proporción de muertes por causas maternas (PMCM), dentro del total de muertes de las mujeres en edad reproductiva (MEF).

- ***Relación de Muerte Materna según Causa.***

Es práctica común utilizar indicadores de algún hecho vital fraccionando dicho acontecimiento según algunas circunstancias de su ocurrencia que tienen cierta relevancia. El ejemplo más conocido es el de la Mortalidad Infantil, cuando se quiere resaltar las muertes neonatales. En este caso el numerador (muertes infantiles) se fracciona en muertes neonatales y post-neonatales, segmentos que se dividen por el número de nacimientos dando origen a la tasa de mortalidad infantil neonatal y post-neonatal, cuya suma da la tasa de mortalidad infantil.

En forma similar, si se desea calcular indicadores de la muerte materna según causas generales se podría fraccionar el numerador en muertes maternas por causa directa, indirecta e incidentales; dichas fracciones se dividen por un denominador según el indicador, es decir, nacimientos para obtener razones o mujeres en edad fértil para obtener tasas.

2.3.2. Enfoque Médico: Causas y Evitabilidad de la Muerte Materna en el Perú

A fin de orientar y facilitar la información sobre las causas de mortalidad en general, la Organización Mundial de la Salud provee la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), la que se encuentra en su décima versión.

La CIE -10 define la muerte materna como la muerte de una mujer producida en cualquier momento del embarazo, parto o puerperio, hasta los 42 días cumplidos después del parto.

Las distintas formas en que puede morir una mujer por causas asociadas a su gestación, parto o puerperio, se agrupan dentro de una serie de enfermedades o complicaciones. Según la causa básica de muerte, la mortalidad materna se clasifica en: muerte materna directa, indirecta e incidental.

2.3.2.1. Muerte Materna Directa

Las muertes maternas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas de la gestación, parto o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos, o por una cadena de eventos que se originaron en cualquiera de estas circunstancias. Las muertes maternas directas se agrupan de acuerdo a sus causas básicas en:

- ***Hemorragias del embarazo, parto o puerperio (excluyendo las hemorragias producidas por aborto)***

Las hemorragias se subdividen en: (1) Hemorragias que ocurren en la primera mitad del embarazo (embarazo ectópico, mola hidatidiforme), (2) Hemorragias de la segunda mitad del embarazo y del parto (placenta previa, desprendimiento o separación prematura de la placenta, rotura uterina, retención de placenta) y (3) hemorragias del puerperio (atonía uterina, retención de restos placentarios, desgarros de partes blandas tanto cervicales como perineo-vaginales, inversión uterina).

- ***Infecciones***

Estas pueden ser del contenido uterino, del útero y anexos, cavidad pélvica y mamas; o de la diseminación de estas infecciones durante el embarazo, parto o durante el puerperio.

- ***Hipertensión Inducida por el Embarazo***

Comprende la pre-eclampsia, la eclampsia con o sin síndrome HELLP y a la hipertensión crónica con o sin pre-eclampsia o eclampsia sobreimpuesta.

- ***Aborto***

Es definido como la interrupción de la gestación con o sin expulsión o extracción total y/o parcial del producto de la concepción antes de cumplir 22 semanas de gestación y/o antes de pesar 500 gramos o de medir 25 centímetros desde la cabeza hasta el talón.

Esta causa de muerte materna agrupa a las complicaciones hemorrágicas, la infección o la perforación de órganos, es decir, las complicaciones derivadas del aborto y su manejo.

Algunas clasificaciones no consideran al aborto como causa directa y lo incluyen en las hemorragias o infecciones, según sea el caso. Sin embargo, este tratamiento no permite reconocer la magnitud, características e impacto del aborto, más aún del aborto inducido, que sigue constituyendo en nuestro país un serio problema social y de salud pública.

- ***Parto obstruido***

Refiere a cuando, una vez iniciado el parto, éste no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anomalías del feto o por

anormalidades de la pelvis (anormalidades de los diámetros o arquitectura de la pelvis que ocasionan “estrechez pélvica”).

- ***Otras causas directas***

En este grupo se incluye una amplia gama de causas como:

- Enfermedad trofoblástica: mola hidatidiforme, corioadenoma destruens, coriocarcinoma.
- Tromboembolismo: embolia del líquido amniótico, tromboembolia pulmonar.
- Anestesia: shock anestésico, neumonía por aspiración (durante la anestesia).
- Hiperemesis gravídica severa.
- Distocia de la contracción uterina (disfunción uterina): puede ser hipotónica (que puede condicionar un parto prolongado) o hipertónica (que puede producir un parto precipitado). En ambos casos, una consecuencia puede ser la atonía uterina y la hemorragia uterina.

2.3.2.2. Muerte Materna Indirecta

Las muertes maternas indirectas son las que resultan de una enfermedad pre-existente al embarazo o de una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, parto o puerperio, pero que es agravada por la adaptación fisiológica al embarazo.

No existe una agrupación consensuada para las causas indirectas de muerte materna, pero por la frecuencia de determinadas patologías se pueden agrupar en:

- ***Enfermedades infecciosas***

Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía/bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, hepatitis viral, etc.

- ***Enfermedades metabólicas y endocrinas***

Diabetes mellitus, hipertiroidismo.

- ***Procesos tumorales***

Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, etc.

- ***Otras patologías***

Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, malaria o paludismo.

2.3.2.3. Muerte Materna Incidental o Accidental

Es la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio producida por causas incidentales o accidentales, no relacionadas con el embarazo o con cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas causas pueden ser un accidente de tránsito, caída, suicidio, homicidio, etc.

Esta forma de muerte materna no es considerada al momento de estimar la razón o tasa de la mortalidad materna.

Para el caso peruano, la estructura de la muerte materna según causas ha variado. En un estudio del año 1985 (Cervantes & Watanabe, 1988), se

observa que en el Perú, en lo que a muertes maternas ocurridas dentro de los hospitales se refiere, la hemorragia ocupaba el primer lugar y, muy cercanamente, se encontraba el aborto inducido (solo con un caso de diferencia).

Cuadro 4

**MUERTES MATERNAS HOSPITALARIAS SEGÚN CAUSA
PERÚ, 1985**

CAUSAS	NUMERO DE CASOS	%
DIRECTAS	142	85
Hemorragia	38	23
Aborto	37	22
Infección	30	18
Hipertensión inducida por gestación (elevación de la presión sanguínea)	29	17
Otras	8	5
INDIRECTAS	26	15
TOTAL	168	100

Fuente: René & Watanabe (1988). *Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú, 1985*. Lima: Ministerio de Salud y SPOG.

En el estudio realizado por la autora de la tesis con casuística del año 2000 (INEI, 2002), el aborto había descendido al cuarto lugar (cuadro 5). Pero debe tenerse presente que muchos abortos incompletos son registrados como hemorragias o infecciones, con lo cual disminuye el número real de abortos como causa de mortalidad materna.

Cabe señalar también, que este descenso sería un indicador del avance de la planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos modernos o de la sofisticación de las prácticas del aborto inducido.

Este tipo de situaciones continúa planteando la preocupación sobre la inacción ante la cifra de abortos clandestinos practicados en condiciones insalubres.

Cuadro 5
MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSAS
PERÚ, 2000

Tipo / Causa	Número de casos	%
DIRECTAS	422	82.1
Hemorragias	231	44.94
EHG	82	15.95
Infección	43	8.37
<i>Aborto</i>	36	7
Parto obstruido	18	3.5
Otras directas	12	2.33
INDIRECTAS	74	14.4
Infecciones	43	8.37
Tumores	4	0.78
Otras directas	27	5.25
INCIDENTALES	18	3.5
Envenenamiento	9	1.75
Traumatismo	8	1.56
Homicidio declarado	1	0.19
TOTAL	514	100

Fuente: Watanabe Varas, Teresa. (2002) *Tendencia, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú 1992 - 2000*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

En el cuadro anterior se observa que las enfermedades infecciosas son la principal causa de muerte materna indirecta. Entre ellas la tuberculosis pulmonar es la más frecuente.

Por otra parte, las muertes maternas incidentales o accidentales revelarían, en algunos casos, el rechazo al embarazo por parte de la pareja, expresándose este rechazo hasta con el homicidio o el suicidio.

Según el estudio citado anteriormente, contra lo que podría suponerse, las mujeres muertas por causas incidentales no son adolescentes ni primigestas sino que, en su mayoría, son mujeres entre 25 y 29 años, casadas o convivientes y con hijos, que mueren a causa de la violencia ejercida por su pareja (feminicidio). Entre las características más resaltantes dentro de este grupo, se encuentra el alto índice de analfabetismo, así como la dependencia económica.

Apreciamos que los grandes grupos de mujeres muertas por causas maternas tienen una continuidad histórica y no han variado sustancialmente, ya que las causas directas siguen representando más del 80% del total, frente al 15 o 20% de las causas indirectas.

Cuadro 6
MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA DE MUERTE
PERÚ, 2006

CAUSA	MUERTES	%
TOTAL	1,116	100
DIRECTA	909	81.5
INDIRECTA	169	15.1
INCIDENTAL	38	3.4

Fuente: Ministerio de Salud - Oficina General de Epidemiología
(2006). *Situación de la mortalidad materna en el Perú.*

La hemorragia como causa de mortalidad materna directa se habría incrementado a 47.2%, a juzgar por la información del año 2006 del MINSA (2007) en comparación con el año 2000.

Cuadro 7
MUERTE MATERNA DIRECTA SEGÚN CAUSAS
PERÚ, 2006

CAUSAS	TOTAL	%
HEMORRAGIA	429	47.2
INFECCION	59	6.5
TOXEMIA	186	20.5
ABORTO	63	6.9
PARTO OBSTRUIDO	2	0.2
OTRO	170	18.7
TOTAL	909	100

Fuente: Ministerio de Salud - Oficina General de Epidemiología (2006). *Situación de la mortalidad materna en el Perú.*

Se considera que la mortalidad materna por hemorragia expresa las limitaciones para el acceso oportuno a un establecimiento de salud, así como la carencia de medios en muchos de ellos para resolver esta emergencia obstétrica.

Vistas las causas de las muertes maternas, podemos observar que muchas de ellas son controlables y hasta evitables, con lo que se confirma que la mortalidad materna es un problema eminentemente social.

2.3.3 Enfoque desde los Derechos Humanos: El acceso a los servicios de salud

De acuerdo al derecho internacional, el ejercicio del derecho a la salud exige que se cuente con un número suficiente de establecimientos y servicios públicos en todo el país. Estos deben contar con una infraestructura y equipos adecuados, personal médico capacitado y bien remunerado, disponibilidad de medicamentos esenciales, y, a la vez, deben poseer una capacidad resolutive eficiente en el manejo de las emergencias obstétricas durante las 24 horas del día (Guzmán, 2009).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), aplicada en marzo de 2007, el 24,5% de la población indicó que el costo fue el motivo principal para no acudir a un centro de salud. Además, el número de personas que afirman que no acudieron a un centro de salud debido a la distancia, la falta de confianza en los servicios de salud o los retrasos en recibir el tratamiento, ascendió del 11,8% al 12,7% (INEI, 2008).

No obstante, desde el año 2006 se ha incrementado el número de establecimientos de EsSalud, a la par que la Municipalidad de Lima comenzó a promover los Hospitales de la Solidaridad en diversas zonas de la capital.

Vicuña (2002), expresa que las intervenciones relativas a la cobertura que se han realizado en el sector salud durante los últimos años han incrementado significativamente la utilización de servicios de salud maternos en el país. Sin embargo, a pesar de que la cobertura de control prenatal o parto institucional se ha incrementado en las zonas más pobres del Perú, aún existen brechas significativas entre la cobertura de control prenatal y el parto institucional. Esto indica que el Estado aún no ha logrado cambios sustantivos en dichas zonas en relación con la utilización de servicios de salud materna.

Al mismo tiempo, de darse la atención, existe una serie de problemas que hay que enfrentar, tales como la falta de personal médico, equipos y suministros médicos, o carencia de medicamentos. Estas limitaciones influyen en la demora para recibir un tratamiento apropiado cuando la mujer ya consiguió llegar al establecimiento de salud. No es casual que el número de establecimientos bien equipados sea insuficiente para atender las emergencias obstétricas en nuestro país, de acuerdo a indicadores de salud pública que comparan el número de establecimientos con una determinada población (FNUP, UNICEF & OMS, 1997).

Para Physicians for Human Rights (2007), la accesibilidad a un servicio de salud está ligada a 4 tipos de acceso: accesibilidad física, accesibilidad económica, accesibilidad sin discriminación, y acceso a la información.

La falta de accesibilidad física es la relacionada a la distancia o a lo accidentado del camino, y puede influir en la demora para tomar la decisión de buscar ayuda. Al mismo tiempo, la lejanía, unida al mal estado de los caminos, también pueden causar demora en la llegada al establecimiento de salud o inclusive desanimar a la mujer gestante para que acuda a éste.

Debe considerarse, además, que la distribución y ubicación general de los establecimientos de salud pueden reflejar discriminación en lo que atañe a la accesibilidad.

El elevado costo de la atención médica, así como los gastos de transporte, honorarios de servicios y medicamentos, pueden ser causa de la falta de accesibilidad económica. Asimismo, pueden influir en la demora para tomar la decisión de buscar ayuda. Del mismo modo, no reconocer las señales de las emergencias obstétricas que requieren atención médica urgente, puede reflejarla falta de acceso a la información y causar demoras que a la larga resultan fatales.

Es de considerar que, en muchos casos, se exigen requisitos que son obstáculos para la atención obstétrica. Estos pueden ser el tener que haber sido atendidas o controladas previamente en el establecimiento de salud al que recurren por una urgencia o molestia, la autorización previa del cónyuge, o de algún pariente cercano o autoridad local, o de algún personal de salud.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CDESC) ha explicado que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados. Por ello, los establecimientos que ofrecen cuidados obstétricos de emergencia deben estar distribuidos equitativamente entre la población. A esto tendría que añadirse la provisión de medios de transporte debido a la accidentada geografía del país.

De conformidad con la visión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, la accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud. El acceso a la información implica que el personal de salud informe a las mujeres acerca de sus derechos sexuales y reproductivos para su ejercicio pleno. Esto también incluye el reconocimiento de las señales de emergencias obstétricas, así como el acceso a información sobre la historia médica personal.

Por otro lado, un paso sumamente importante para reducir la mortalidad materna es mejorar la calidad de atención de la consulta prenatal. Muchas mujeres víctimas de la mortalidad materna tuvieron control prenatal, pero no se detectaron factores o antecedentes de riesgo, o no se logró persuadir a la gestante para que acceda a servicios de mayor capacidad resolutive.

La atención prenatal se refiere a la serie de contactos, entrevistas y visitas programadas que lleva a cabo la mujer gestante con personal asistencial de salud, para vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada

preparación para el parto. Estas atenciones deben ser periódicas, completas y de amplia cobertura.

Según la ENDES 2009, el control prenatal se incrementó ligeramente. Casi el 73% de las mujeres gestantes acudió a su primer control prenatal durante el primer trimestre de gestación, esto implica un incremento promedio anual de cerca del 1% (INEI, 2009). Sin embargo, un informe de la Defensoría del Pueblo (2009) afirma que, a medida que avanza el periodo de gestación, se reduce la atención prenatal.

El parto es uno de los momentos más cruciales en los que se puede evitar la muerte materna. En el 2007, sólo el 36.1% de las mujeres pertenecientes a los segmentos más pobres del Perú, afirmaron que su último parto había sido en un centro de salud, comparado con el 98.4% de mujeres pertenecientes a niveles socioeconómicos más favorecidos (INEI, 2008).

Precisamente, se registra un alto número de muertes maternas cuando el parto se produce en el domicilio, siendo la hemorragia la principal causa. Esto se explica porque, cuando se presenta la hemorragia, se juntan la falta de conocimientos de quien está atendiendo el parto (partera tradicional, familiar o vecina) y las dificultades para acceder a un establecimiento de salud en un tiempo perentorio. La participación del personal de salud en el parto domiciliario es mínima.

Sin embargo, los partos en casa no deberían implicar necesariamente riesgo de muerte. El riesgo radica en que los familiares, la partera o los vecinos no identifican los signos de alarma que indican que la mujer debe ser trasladada rápidamente a una institución de salud.

En los últimos años se han presenciado avances importantes en la atención calificada del parto en los establecimientos de salud, como el respeto a algunas costumbres de las gestantes durante el trabajo de parto (restricción del enema, restricción del examen vaginal durante la labor de parto).

Un avance importante que, sin embargo, aún debe ser implementado en mayor medida en los establecimientos de salud, es el parto vertical. A pesar de que la adecuación de la infraestructura para la atención de parto vertical ha sido mayor en los establecimientos rurales, éstos no cuentan con los equipos necesarios. A esto se suma que el personal no conoce la norma sobre el parto vertical y no ha recibido la capacitación necesaria para su aplicación.

En el 2008, la Defensoría del Pueblo (2009) supervisó establecimientos de salud a nivel nacional y halló que el 37.5% de los establecimientos con la obligación de adoptar las medidas necesarias para atender partos verticales (condiciones de personal, infraestructura, equipos e insumos) no había atendido partos en posición vertical entre enero y octubre de dicho año.

Otra intervención del Estado para reducir la mortalidad materna, especialmente en las zonas rurales, desarrollada con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales (ONG), es la implementación de las casas de espera. Estas son locales que permiten el alojamiento de las gestantes que han decidido dar a luz en un establecimiento de salud, pero que, por vivir en zonas alejadas, estarían en riesgo de no poder llegar a tiempo a dicho establecimiento ante algún problema o emergencia desde la labor de parto. Por ello, las gestantes se alojan anticipadamente en una casa de espera cercana al centro de salud acondicionada para tal fin.

Las casas de espera también están destinadas a aquellas gestantes a las cuales se les ha detectado alguna condición de riesgo durante la atención prenatal, y que deciden alojarse con anticipación para esperar el parto y/o la cesárea en el establecimiento de salud.

A pesar de que se ha incrementado notablemente la cantidad de casas de espera materna (en el año 2000 se habían implementado 99, y en el año 2008 ya eran 390), la cifra resulta insuficiente. También es necesario revisar sus ubicaciones, ya que la mayoría de estas casas se han construido cerca de establecimientos de salud que no tienen la capacidad para atender partos y/o

emergencias obstétricas, como lo reveló la Defensoría del Pueblo. Esta institución halló que el 14.2% de las usuarias de casas de espera entrevistadas, no recibió cuidados médicos durante las dos horas inmediatamente después del parto, lo que es clara muestra de una atención inadecuada (Defensoría del Pueblo, 2008).

De acuerdo al mismo documento, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud sostiene que, en cuanto al momento del fallecimiento, el 48% de las muertes maternas ocurrió durante el puerperio, el 32% durante el embarazo y el 20% durante el parto. Es decir, las muertes maternas ocurridas durante el parto y el puerperio suman el 68% del total. Este porcentaje relaciona la muerte materna de un modo intrínseco con una inadecuada prestación de servicios de salud.

Lo descrito líneas arriba ratifica lo dicho desde tiempo atrás: la mortalidad materna no es solo un problema individual o familiar, es un problema que toca todos los aspectos de la sociedad. Su ya establecida relación directa con la pobreza y su identificación como un problema de salud producto de la vulneración de importantes derechos humanos nos obliga, entonces, a ver que es un problema de directa responsabilidad de los estados nacionales. En esta medida, nos remite a la forma de gobierno y a la ciudadanía, entendida esta como el papel de los y las ciudadanas en tanto miembros de un Estado.

En nuestro caso, la forma de gobierno es una democracia representativa y participativa, construida progresivamente y sustentada en los principios de la soberanía del pueblo y la igualdad política de todos, y en valores como la fraternidad y la tolerancia. Al respecto, Catalina Romero (2007) sostiene que «la aspiración al reconocimiento de los otros, a acortar las distancias que nos separan, a no ser mirados como otros ajenos sino como iguales, son pequeños motores de la historia contemporánea que mueven a los peruanos a construir una democracia».

En ese sentido, si nuestros gobiernos se declaran democráticos en tanto reconocen la igualdad de derechos de los ciudadanos y ciudadanas, uno de sus principales propósitos debe ser el de garantizar el acceso de toda la población a los servicios que aseguran el ejercicio del derecho a la salud y a la vida.

Dado que el problema de la mortalidad materna involucra el incumplimiento de los derechos a la salud y a la vida, su reducción debe ser un objetivo nacional.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

La metodología aplicada al presente estudio se estableció en atención a los objetivos y las hipótesis, señalados en el Capítulo 1.

Considerando la hipótesis general del estudio, esto es, que *existe relación entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo de factores sociosanitarios asociados a ella*, en primer orden, se estimó el número de muertes maternas ocurridas en los años del estudio (2001 al 2010) en todo el país. Asimismo, se estimaron los indicadores razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad materna.

Luego, en relación a las dos hipótesis específicas —*la reducción de la mortalidad materna no se ha dado de igual forma en los departamentos del Perú y en los departamentos con menos nivel de reducción de la mortalidad materna se ha dado un menor grado de desarrollo de los factores sociosanitarios*— se procedió a estimar el número de muertes maternas, así como la razón y la tasa de mortalidad materna, para cada uno de los departamentos del país.

Señalamos que la investigación se ha desarrollado con información estadística de los órganos del Ministerio de Salud relacionados con la mortalidad materna. Esta información proporciona la base empírica del estudio en la medida en que los datos corresponden a hechos que ocurrieron en personas que estuvieron sometidas al proceso natural del embarazo, pero que, dado el desencadenamiento de problemas relacionados con dicho proceso, llegaron hasta la muerte por causas maternas. Dichas mujeres, comprendidas en el período del estudio, constituyeron los casos de investigación. En cada caso se han operado las categorías, conceptos y variables del estudio.

La estimación de la mortalidad materna se realizó aplicando el Método Indirecto de la Sobrevivencia de las Hermanas, de Graham y Brass (1988).

La magnitud de la muerte materna y los niveles de reducción de la mortalidad materna, a nivel del país y en cada uno de los departamentos, se establecieron a través de la comparación de las razones y tasas de mortalidad materna para cada año de estudio.

Cabe señalar que las ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) consideran a la Provincia Constitucional del Callao dentro del departamento de Lima. Como el estudio toma información de las ENDES, de igual forma, los datos del departamento de Lima comprenden el Callao.

Las relaciones entre la mortalidad materna y los factores sociosanitarios asociados a ella, considerados en el estudio, se han determinado por medio del coeficiente de correlación de rango de Spearman y la elaboración de gráficos de dispersión.

3.1. Estimación de la Mortalidad Materna por el Método Indirecto de la Sobrevivencia de Hermanas

Como ya se sabe, en países como el Perú, las fuentes oficiales de datos sobre el número de muertes maternas, hechos vitales o estadísticas de servicios de salud, presentan serias inexactitudes y omisiones, principalmente a causa del subregistro. Es así que se hace necesario recurrir a métodos alternativos y/o complementarios para la estimación del número de muertes maternas ocurridas en nuestro país.

Por ello, Wendy Graham y William Brass (1989) propusieron un método al cual denominaron “Método Indirecto de la Sobrevivencia de Hermanas” para poder estimar indicadores de mortalidad materna, usando como información reportes sobre hermanas que alcanzaron la edad de exposición al riesgo de muerte asociado al embarazo.

Este procedimiento transforma las proporciones de hermanas muertas por causas maternas, obtenidas en un censo o encuesta, en probabilidades de morir por causas asociadas al embarazo. Con estas probabilidades se estima el número de muertes maternas por año, de lo que se derivan indicadores comparables (tasa y razón) a partir de estadísticas vitales (proyecciones relativas al número de mujeres en edad fértil y de nacidos vivos).

El método de Graham y Brass puede generar resultados distintos utilizando una misma información, esto ocurre porque los resultados dependen, en gran medida, de las probabilidades elegidas por el investigador para realizar las estimaciones.

Las probabilidades de riesgo de morir por causas maternas son dadas por el método, con un promedio de siete años anteriores al año de la recolección de la información, con las cuales se realiza una curva de tendencia. El

investigador elige las probabilidades que él considera como las más convenientes.

La información para la aplicación de este procedimiento, que, para el caso del Perú es recolectada por el INEI a través de las ENDES, se obtiene mediante un conjunto de preguntas a responder por una mujer en edad fértil (entre 15 y 49 años), considerada como informante, acerca de la sobrevivencia de sus hermanas.

Las preguntas se refieren a: 1) el número de hermanas (de la misma madre) que hayan entrado en el periodo reproductivo (excluyendo a la informante); 2) de éstas, cuántas están con vida en el momento de la entrevista; 3) cuántas están muertas en el momento de la entrevista; y 4) de éstas últimas, cuántas murieron durante el embarazo, parto o puerperio.

Para efectos del estudio, se utilizó la información de las ENDES, por ser la fuente más confiable en cuanto a información relacionada con la salud materna y la muerte materna. La metodología empleada en las ENDES se ha ido perfeccionando a través de la ejecución de las mismas, especialmente en lo referido al diseño muestral y al tamaño de la muestra, abarcando grupos poblacionales más pequeños con una estimación más representativa del universo de mujeres en edad fértil, en comparación con la información del Ministerio de Salud, afectada por el subregistro.

Las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) utilizadas en el estudio han sido:

- ENDES 2000
- ENDES 2003
- ENDES 2004-2006
- ENDES 2007-2008
- ENDES 2009
- ENDES 2010

En los años 2001, 2002 y 2005 no se realizaron encuestas nacionales de salud.

Una vez estimado el número total de muertes maternas por el método indirecto de sobrevivencia de hermanas, se procedió a estimar la mortalidad materna a nivel departamental. Para ello se utilizó el registro elaborado por el MINSA entre los años 2000 al 2011.

Si bien esta información contiene omisiones debido al subregistro que presenta, nos brinda una estructura confiable de la distribución departamental en lo que a muertes maternas se refiere. Lo que se hizo entonces, fue promediar los datos registrados de cada departamento durante 3 años consecutivos (un año antes, el mismo año a estimar y un año después), calculándose así, un peso promedio por departamento. De este modo, en base a la estructura departamental de las muertes provenientes del registro y del número de muertes para todo el país calculado con la ENDES, se estiman las muertes maternas en el ámbito departamental. Esta metodología para la estimación de la mortalidad materna en cada departamento ya ha sido empleada en estudios desarrollados por el Ministerio de Salud del Perú.

Una vez estimado el número de muertes maternas, se calcularon las tasas y razones, y se ordenó esta información por años y departamentos, a fin de establecer los niveles de reducción de la mortalidad materna.

Para estimar la tasa (número de muertes maternas por cada 100 mil mujeres en edad fértil) se tomaron como base las proyecciones de población del INEI, las que brindan el número de mujeres en edad fértil por departamento y año.

Para estimar la razón (número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos) se necesitó la cantidad de nacidos vivos por año; estos datos se tomaron de las proyecciones de población que hace el INEI, en vista de que, como ya se ha señalado, la data del MINSA es cuestionable por el subregistro.

3.2. Estudio de la Relación entre la Mortalidad Materna y los factores sociosanitarios asociados

Para la relación entre la mortalidad materna y los factores sociosanitarios asociados se empleó el coeficiente de correlación de rango de Spearman, por ser el estadístico que asocia dos variables cuantitativas y determina un grado de significancia o interdependencia entre ellas. Este coeficiente oscila entre -1 y +1, indicándonos asociaciones negativas o positivas respectivamente. El cero, significa no correlación pero no independencia. El p-valor define las correlaciones significativas ($p < 0.05$).

De acuerdo a esta correlación, lo que se hizo fue relacionar las variables tasa de mortalidad materna y razón de mortalidad materna, previamente obtenidas, con los 3 factores sociosanitarios asociados a la mortalidad materna. De este modo, mediante la correlación de Spearman, se estableció un nivel de significancia que determina el grado de relación entre las variables tasa y razón con los factores estudiados, por los años del estudio y por departamento.

Para efectos del estudio, se consideró a la atención prenatal, al parto atendido por médico y al parto institucional en establecimiento de salud público o privado, como los factores sociosanitarios asociados a la muerte materna. Las ENDES proveen datos sobre estos tres factores.

Cabe mencionar que hubo años en los cuales no se realizaron la ENDES. Para estos años, se estimó los datos sobre los factores asociados considerados en el estudio, a través de un análisis de tendencia empleando datos de las ENDES realizadas durante el período del estudio.

Para poder establecer la relación entre los denominados factores sociosanitarios asociados a la muerte materna fue necesario expresarlos numéricamente, esto es, como porcentajes de interés para el estudio.

3.2.1. Definición de los factores sociosanitarios asociados a la muerte materna

- ***Atención prenatal***

Es la atención brindada por el personal de salud de establecimientos públicos o privados a la mujer embarazada, con el objetivo de detectar situaciones que pongan en riesgo la salud del feto y de la madre, así como tomar las acciones necesarias para evitar la muerte de la madre y/o del feto.

Para el estudio, se consideró que por lo menos un control prenatal asegura que la gestante tuvo relación con el sistema de atención de salud.

El porcentaje de atención prenatal se calculó considerando por lo menos un control.

- ***Parto atendido por médico***

La atención del parto por un médico, supuestamente disminuye de manera significativa el riesgo de morir por causas maternas, en la medida en que dicho profesional está mejor capacitado para resolver la emergencia obstétrica.

Para hallar el porcentaje de partos atendidos por médicos, la ENDES considera una pregunta específica relacionada con la profesión u ocupación de la persona que proporcionó la atención durante el parto.

- ***Parto institucional en establecimientos públicos o privados***

La atención del parto en un establecimiento de salud público o privado supuestamente disminuye el riesgo de morir por causa materna, en la medida en que, ante una emergencia obstétrica, la gestante puede recibir la atención necesaria de manera más oportuna.

Para hallar el porcentaje de partos institucionales en establecimientos públicos o privados, la ENDES considera una pregunta específica relacionada con el lugar en el cual ocurrió el parto.

Con la ayuda del software estadístico SPSS se hizo el cálculo de los coeficientes de correlación de Spearman entre la tasa de mortalidad materna con cada uno de los tres factores estudiados (los resultados se muestran en el Capítulo IV).

Considerando que los indicadores tasa y razón de mortalidad materna están fuertemente correlacionados, se decidió trabajar la asociación de los factores sociosanitarios del estudio con la muerte materna, utilizando la tasa de mortalidad materna. A juicio de los demógrafos, entre ellos el profesor Guillermo Vallenás Ochoa, estudioso de la mortalidad materna en nuestro país, este es el indicador más adecuado para el caso de comparación entre poblaciones.

3.3. Entrevistas a Funcionarios del Ministerio de Salud y profesionales de otras instituciones relacionados con el tema de estudio

Se aplicó la técnica de la entrevista semi-estructurada a funcionarios del Ministerio de Salud (3), a profesionales relacionados con el problema de la mortalidad materna, cuyas instituciones corresponden a la sociedad civil (2), y a un académico dedicado al estudio de la mortalidad materna desde una perspectiva demográfica.

Las entrevistas tuvieron como objetivo recolectar opiniones sobre la reducción de la mortalidad materna en el período del estudio (2001 – 2010), así como sobre la intervención del Estado peruano y la sociedad civil para la reducción de la mortalidad materna en el país.

Se elaboró una guía de entrevista que comprendió cuatro preguntas comunes a todos los entrevistados y preguntas específicas de acuerdo al lugar de trabajo de la o el entrevistado.

Consideramos pertinente solicitar al entrevistado o entrevistada la autorización para su mención en la tesis y para el uso de la información brindada.

Se entrevistó a los siguientes profesionales:

- Dos funcionarios del Ministerio de Salud (Lima) y un funcionario de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, quienes, al haber dado la entrevista a título personal, solicitaron no ser citados, puesto que ello requeriría la autorización institucional.
- Un médico gineco-obstetra, experto en salud reproductiva y director del organismo no gubernamental (ONG) Pathfinder International.
- La Directora del Área de Salud del Movimiento Manuela Ramos (ONG).
- El demógrafo Justo Guillermo Vallenás Ochoa, Profesor Asociado (cesante) de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

4.1.1. Muertes maternas estimadas e indicadores de mortalidad materna a nivel nacional

La estimación a nivel país de las muertes maternas y de los indicadores razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad materna se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 8

PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, 2001-2010

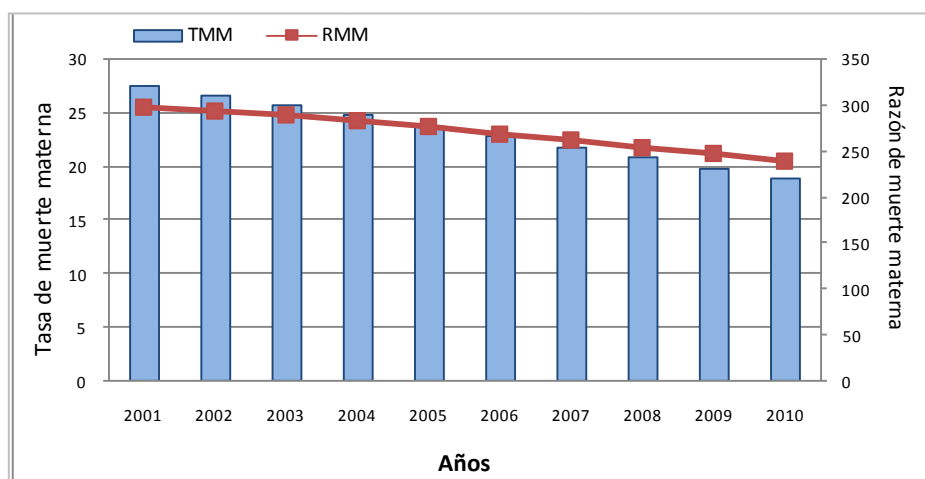
INDICADORES	AÑOS									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Muerte materna estimada	1,898	1,867	1,828	1,789	1,743	1,695	1,649	1,591	1,536	1,481
Tasa de muerte materna	27.57	26.65	25.66	24.71	23.71	22.73	21.81	20.78	19.81	18.87
Razón de muerte materna	297.70	294.54	289.05	283.65	277.19	269.24	262.70	254.74	247.40	239.09

Estimaciones elaboradas por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010 y proyecciones de población.

Se observa que la tasa y la razón de mortalidad materna han tenido el mismo comportamiento, es decir, han ido disminuyendo año tras año.

Figura 3

PERÚ: INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA, 2001-2010

Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: Indicadores estimados por la autora de la tesis con información del INEI

La reducción de la tasa y la razón de mortalidad materna a nivel país se ha dado casi de manera paralela, con excepciones como las de los años 2001 y 2002, en los que la tasa expresa un número ligeramente mayor de muertes maternas, caso contrario al de los años 2009 y 2010, en los que la tasa expresa un número menor de muertes maternas.

En el siguiente cuadro se presenta la distribución de las muertes maternas e indicadores por regiones naturales del país, habiéndose hallado también la tasa de crecimiento correspondiente al decenio estudiado.

Se observa que la reducción del número de muertes maternas entre los años 2001 y 2010 se debe a la importante reducción de ellas en la región de la Sierra (de 1011 a 599 muertes maternas estimadas).

Cuadro 9

**PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES,
SEGÚN REGIONES NATURALES, 2001-2010**

INDICADORES	AÑOS										Tasa de Crecimiento
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
COSTA											
Muerte materna estimada	618	632	636	651	653	657	665	666	630	610	-1.30%
Tasa de muerte materna	13.67	13.76	13.63	13.75	13.59	13.48	13.45	13.29	12.4	11.86	-13.30%
Razón de muerte materna	180.41	185.57	187.17	192.11	193.28	194.17	197.12	198.4	188.8	183.23	1.60%
SIERRA											
Muerte materna estimada	1011	982	962	911	845	773	694	631	617	599	-40.80%
Tasa de muerte materna	56.48	53.87	51.82	48.24	44.05	39.76	35.26	31.7	30.66	29.44	-47.90%
Razón de muerte materna	469.17	458.37	450.06	427.36	397.6	369.26	332.5	303.83	298.86	290.82	-38.00%
SELVA											
Muerte materna estimada	269	253	230	227	245	265	290	294	289	272	1.10%
Tasa de muerte materna	46.89	43	38.17	36.86	39.02	41.53	44.83	44.89	43.6	40.5	-13.60%
Razón de muerte materna	338.28	320.02	291.59	288.57	312.4	323.76	355.34	362.05	358.01	337.74	-0.20%
MUERTE MATERNA	1,898	1,867	1,828	1,789	1,743	1,695	1,649	1,591	1,536	1,481	-22.00%
TMM	27.57	26.65	25.66	24.71	23.71	22.73	21.81	20.78	19.81	18.87	-31.60%
RMM	297.7	294.54	289.05	283.65	277.19	269.24	262.7	254.74	247.4	239.09	-19.70%

Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: Indicadores estimados por la autora de la tesis con información del INEI y del Ministerio de Salud.

Comparando el año inicial con el año final del estudio, se observa que en el 2010 la costa y la sierra tienen el mismo porcentaje de muertes maternas estimadas.

Figura 4

**PERÚ: MUERTES
MATERNAS ESTIMADAS
SEGÚN REGIONES, 2001**

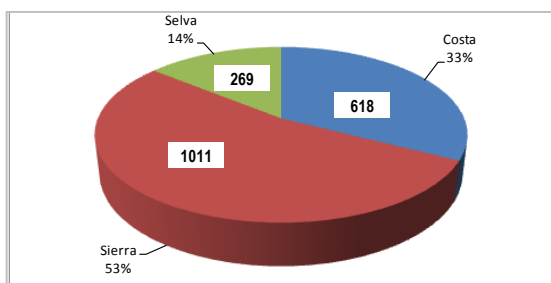
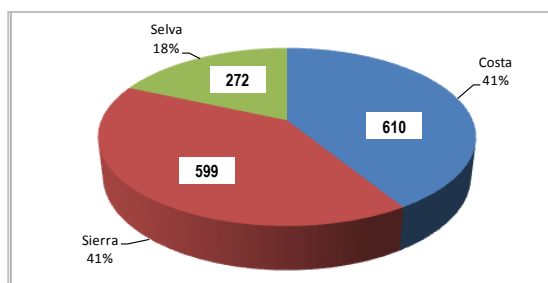


Figura 5

**PERÚ: MUERTES
MATERNAS ESTIMADAS
SEGÚN REGIONES, 2010**



Elaboradas por la autora de la tesis.

Fuente: Indicadores estimados por la autora de la tesis con información del INEI

4.1.2. Muertes maternas estimadas e indicadores de mortalidad materna según departamentos

Para establecer el nivel de reducción de la mortalidad materna se estimaron las muertes maternas y las tasa y razón de mortalidad materna, para cada uno de los departamentos y por cada uno de los años del estudio.

También se halló la tasa de crecimiento de la muerte materna entre los años 2001 y 2010 correspondiente a cada uno de los departamentos.

Cuadro 10

**PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS SEGÚN DEPARTAMENTOS
2001-2010**

DEPARTAMENTOS	AÑOS										Tasa de Crecimiento
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Amazonas	56	59	48	47	48	50	47	47	49	49	-12.50%
Ancash	102	83	69	65	76	75	63	59	59	59	-42.20%
Apurímac	37	34	41	39	39	33	26	22	18	16	-56.80%
Arequipa	18	32	37	38	38	44	54	49	41	33	83.30%
Ayacucho	73	73	64	60	66	60	53	36	37	38	-47.90%
Cajamarca	195	195	191	184	169	172	158	161	153	148	-24.10%
Cusco	175	160	160	142	118	93	69	66	62	69	-60.60%
Huancavelica	70	90	94	91	70	46	48	48	58	49	-30.00%
Huánuco	136	122	105	98	93	87	70	62	59	60	-55.90%
Ica	10	10	16	24	20	22	12	9	7	15	50.00%
Junín	99	86	92	96	100	103	97	88	77	67	-32.30%
La Libertad	122	121	129	126	116	112	128	127	127	123	0.80%
Lambayeque	65	55	48	61	65	73	63	66	53	52	-20.00%
Lima	140	170	180	180	186	191	208	216	211	203	45.00%
Loreto	109	97	91	86	94	104	114	109	105	102	-6.40%
Madre de Dios	8	6	7	9	9	6	4	8	8	11	37.50%
Moquegua	2	1	4	4	5	6	9	7	5	3	50.00%
Pasco	24	27	28	26	25	25	27	24	27	24	0.00%
Piura	151	148	139	136	128	114	110	119	114	107	-29.10%
Puno	202	195	187	175	165	154	146	124	126	128	-36.60%
San Martín	62	55	48	49	54	68	78	86	81	67	8.10%
Tacna	3	5	10	12	14	12	9	6	4	6	100.00%
Tumbes	5	7	4	5	5	8	9	8	9	9	80.00%
Ucayali	34	36	36	36	40	37	47	44	46	43	26.50%
Total general	1,898	1,867	1,828	1,789	1,743	1,695	1,649	1,591	1,536	1,481	-22.00%

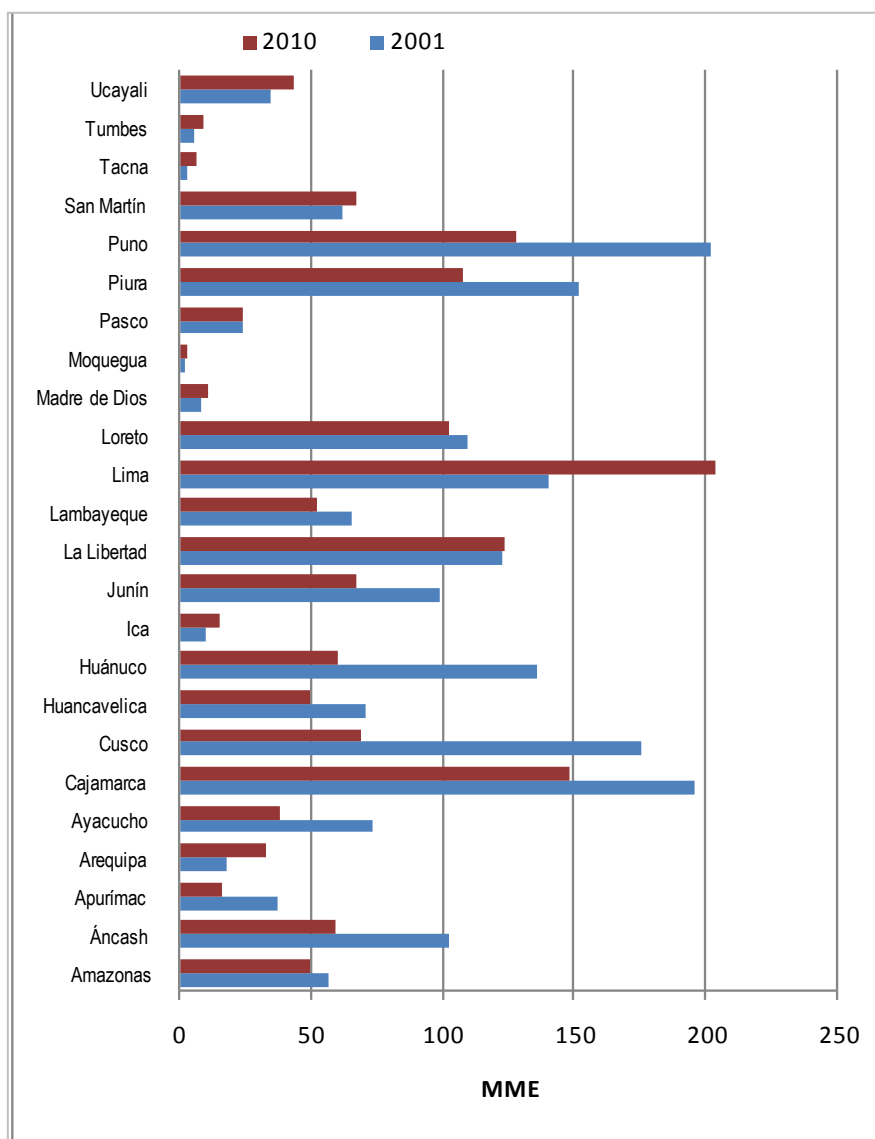
Elaborado por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010 y proyecciones de población.

Nota: Se resaltan las tasas de crecimientos negativos.

Figura 6

**PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS,
SEGÚN DEPARTAMENTOS, 2001-2010**



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: Estimaciones elaboradas por la autora de la tesis con información del INEI.

Cuadro 11

PERÚ: INDICADORES DE MUERTES MATERNAS, SEGÚN DEPARTAMENTOS, 2001-2010

DEPARTAMENTOS	AÑOS										Tasa de Crecimiento
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Amazonas											
TMM	60.32	62.01	49.27	47.28	47.58	49.16	46.06	46.04	48.01	47.95	-20.51%
RMM	430.14	455.83	371.69	364.94	373.83	380.24	358.47	360.27	377.84	378.72	-11.96%
Ancash											
TMM	39.19	31.49	25.85	24.06	27.84	27.24	22.71	21.13	21.00	20.87	-46.76%
RMM	382.18	312.80	260.64	246.20	288.73	297.06	250.26	235.55	236.95	237.50	-37.86%
Apurímac											
TMM	38.82	34.72	40.76	37.85	37.16	31.07	24.30	20.45	16.66	14.73	-62.05%
RMM	288.56	266.71	322.36	307.47	308.40	257.39	203.38	172.96	142.35	126.83	-56.05%
Arequipa											
TMM	5.90	10.33	11.78	11.93	11.78	13.48	16.36	14.70	12.18	9.71	64.41%
RMM	78.00	139.48	161.64	166.46	166.97	193.97	238.75	217.73	183.27	147.85	89.55%
Ayacucho											
TMM	57.27	56.04	48.00	43.94	47.25	42.03	36.31	24.13	24.28	24.44	-57.32%
RMM	501.40	504.33	443.16	416.59	459.64	435.24	385.59	263.23	272.15	280.16	-44.13%
Cajamarca											
TMM	56.17	55.15	53.09	50.33	45.60	45.90	41.78	42.25	39.86	38.29	-31.83%
RMM	454.01	456.66	448.31	433.06	398.96	412.87	380.38	389.55	372.40	361.07	-20.47%
Cusco											
TMM	60.49	54.20	53.14	46.31	37.90	29.50	21.67	20.55	19.15	21.13	-65.07%
RMM	536.27	493.17	494.29	439.88	366.64	291.92	217.22	208.82	197.34	220.13	-58.95%
Huancavelica											
TMM	74.74	94.46	96.86	92.01	69.46	44.78	45.82	44.92	53.26	44.21	-40.85%
RMM	464.53	600.74	628.87	610.46	471.01	313.28	327.86	329.51	400.53	339.17	-26.99%
Huánuco											
TMM	72.74	63.87	53.87	49.37	46.16	42.72	34.11	30.03	28.42	28.71	-60.53%
RMM	545.63	492.32	424.68	397.45	378.31	348.35	281.10	250.23	239.54	244.17	-55.25%
Ica											
TMM	5.64	5.56	8.78	13.00	10.70	11.61	6.25	4.62	3.55	7.52	33.33%
RMM	68.23	68.63	110.05	165.53	138.36	154.32	84.42	63.63	49.79	106.93	56.73%
Junín											
TMM	33.92	29.08	30.71	31.63	32.53	33.07	30.73	27.51	23.76	20.43	-39.76%
RMM	317.02	276.99	296.99	310.75	324.68	343.04	324.01	295.42	260.04	226.79	-28.46%
La Libertad											
TMM	30.24	29.46	30.87	29.65	26.84	25.49	28.65	27.97	27.54	26.28	-13.09%
RMM	337.27	336.46	359.52	352.12	325.16	316.35	362.60	361.58	363.73	353.09	4.69%
Lambayeque											
TMM	21.47	17.90	15.42	19.35	20.38	22.65	19.35	20.08	15.99	15.55	-27.55%
RMM	247.04	210.25	183.91	234.36	250.48	279.46	241.88	254.68	205.73	202.32	-18.10%

...Continúa

DEPARTAMENTOS	AÑOS										Tasa de Crecimiento
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Lima											
TMM	5.61	6.70	6.98	6.87	6.99	7.07	7.58	7.75	7.46	7.07	26.11%
RMM	87.08	106.36	112.87	113.18	117.30	118.49	129.42	135.07	132.73	127.99	46.99%
Loreto											
TMM	53.89	46.79	42.87	39.63	42.46	46.19	49.88	47.04	44.69	42.79	-20.60%
RMM	368.38	329.74	310.05	293.81	322.11	348.20	382.80	367.85	356.46	347.08	-5.78%
Madre de Dios											
TMM	36.68	26.40	29.63	36.74	35.56	23.03	14.97	29.22	28.53	38.24	4.26%
RMM	328.28	247.65	289.58	373.33	374.46	236.42	158.08	317.74	319.64	440.52	34.19%
Moquegua											
TMM	5.01	2.47	9.72	9.59	11.84	14.04	20.82	16.03	11.34	6.74	34.52%
RMM	75.01	37.72	151.24	151.65	190.14	229.36	345.05	269.72	193.80	116.55	55.39%
Pasco											
TMM	38.60	42.90	43.93	40.24	38.15	37.57	39.90	34.88	38.61	33.83	-12.36%
RMM	360.50	407.93	424.00	394.79	380.75	400.60	433.92	387.65	438.70	390.86	8.42%
Piura											
TMM	36.76	35.49	32.88	31.74	29.50	25.94	24.74	26.46	25.07	23.28	-36.65%
RMM	362.85	357.72	336.73	330.36	311.87	284.68	275.50	299.54	288.66	271.57	-25.16%
Puno											
TMM	68.23	64.75	61.05	56.20	52.17	47.99	44.89	37.63	37.73	37.80	-44.59%
RMM	583.08	566.16	544.17	510.64	482.92	462.63	439.89	375.48	383.81	390.81	-32.97%
San Martín											
TMM	38.53	33.30	28.36	28.30	30.55	37.77	42.64	46.33	43.01	35.06	-9.01%
RMM	299.67	267.39	233.89	239.42	264.64	310.22	356.89	395.47	374.70	310.66	3.66%
Tacna											
TMM	3.94	6.42	12.57	14.79	16.95	14.30	10.57	6.95	4.58	6.79	72.14%
RMM	51.18	85.80	172.00	206.96	242.18	200.40	150.74	101.00	67.73	101.83	98.96%
Tumbes											
TMM	10.24	13.96	7.77	9.49	9.29	14.59	16.16	14.16	15.71	15.51	51.43%
RMM	105.66	148.79	85.21	106.81	107.13	166.63	188.01	167.96	190.08	190.52	80.32%
Ucayali											
TMM	35.47	36.74	36.03	35.38	38.64	35.18	44.06	40.70	41.99	38.69	9.09%
RMM	246.64	262.67	263.27	263.99	294.21	257.36	327.87	308.49	324.43	303.98	23.25%
Total TMM	27.57	26.65	25.66	24.71	23.71	22.73	21.81	20.78	19.81	18.87	-31.58%
Total RMM	297.70	294.54	289.05	283.65	277.19	269.24	262.70	254.74	247.40	239.09	-19.69%

Elaborado por la autora de la tesis.

Fuente: Informaciones del INEI -Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010 y del Ministerio de salud.

4.1.3. Relación entre la tasa de mortalidad materna y los factores sociosanitarios asociados a la mortalidad materna

La relación entre la mortalidad materna y los factores sociosanitarios asociados se estableció aplicando el coeficiente de correlación de rango de Spearman. Mediante este estadístico se estableció el nivel de significancia que determina el grado de relación entre las variables tasa y razón de mortalidad materna con los factores estudiados, por cada año de estudio y por departamento.

En este acápite se presentan los cuadros conteniendo la relación, por cada uno de los departamentos, entre el indicador tasa de mortalidad materna con los factores del estudio, la atención prenatal, el parto institucional en establecimiento público o privado y el parto atendido por médico (ver Anexos).

En los cuadros siguientes se presenta el grado de correlación entre la tasa y los factores. El p-valor define las correlaciones significativas: si el p-valor es menor que 0.05, el coeficiente de correlación de rango de Spearman es considerado significativo.

Se observa que se dan asociaciones negativas (-1) y positivas (+1) en los diferentes departamentos y que en varios departamentos existe correlación significativa entre la atención prenatal y la tasa de muerte materna. Existe correlación no significativa en algunos departamentos, los que tienen $p\text{-valor} > 0.05$.

Cuadro 12

**PERÚ: RELACIÓN ENTRE LA TASA DE MUERTE
MATERNA Y LA ATENCION PRENATAL POR
DEPARTAMENTOS 2001 – 2010**

ATENCIÓN PRENATAL	TASA DE MUERTE MATERNA	
	Correlación de Spearman	P-valor*
Amazonas	-0.679	0.031
Ancash	-0.890	0.001
Apurímac	-0.857	0.002
Arequipa	0.658	0.039
Ayacucho	-0.976	0.000
Cajamarca	-0.982	0.000
Cusco	-0.960	0.000
Huancavelica	-0.784	0.007
Huánuco	-0.999	0.000
Ica	-0.289	0.418
Junín	-0.646	0.043
La Libertad	-0.661	0.038
Lambayeque	0.073	0.840
Lima	0.539	0.108
Loreto	0.012	0.973
Madre de Dios	-0.331	0.382
Moquegua	0.523	0.121
Pasco	-0.606	0.064
Piura	-0.960	0.000
Puno	-0.988	0.000
San Martín	0.506	0.136
Tacna	0.128	0.725
Tumbes	0.685	0.029
Ucayali	0.406	0.244

*p-valor<0.05, la correlación es significativa al nivel 0.05

Elaborado por la autora de la tesis.

Fuente: Estimaciones elaboradas por la autora de la tesis con información del INEI.

Cuadro 13

**PERÚ: RELACIÓN ENTRE TASA DE MUERTE Y PARTO
INSTITUCIONAL EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y
PRIVADOS, POR DEPARTAMENTOS 2001 – 2010**

LUGAR DE PARTO	TASA DE MUERTE MATERNA	
	Correlación de Spearman	P-valor*
Amazonas	-0.636	0.048
Ancash	-0.890	0.001
Apurímac	-0.903	0.000
Arequipa	0.470	0.170
Ayacucho	-0.976	0.000
Cajamarca	-0.994	0.000
Cusco	-0.960	0.000
Huancavelica	-0.851	0.002
Huánuco	-0.988	0.000
Ica	-0.276	0.440
Junín	-0.549	0.100
La Libertad	-0.661	0.038
Lambayeque	-0.208	0.564
Lima	0.674	0.033
Loreto	-0.104	0.776
Madre de Dios	-0.331	0.382
Moquegua	0.498	0.143
Pasco	-0.642	0.045
Piura	-0.951	0.000
Puno	-0.988	0.000
San Martín	0.476	0.165
Tacna	0.247	0.492
Tumbes	0.653	0.041
Ucayali	0.326	0.358

*p-valor<0.05, la correlación es significativa al nivel 0.05

Elaborado por la autora de la tesis.

Fuente: Estimaciones elaboradas por la autora de la tesis con información del INEI.

Cuadro 14

**PERÚ: RELACIÓN ENTRE TASA DE MUERTE
MATERNA Y PARTO ATENDIDO POR MÉDICO, POR
DEPARTAMENTOS,
2001 – 2010**

PARTO ATENDIDO POR MÉDICO	TASA DE MUERTE MATERNA	
	Correlación de Spearman	P-valor*
Amazonas	-0.636	0.048
Ancash	-0.911	0.000
Apurímac	-0.891	0.001
Arequipa	0.527	0.118
Ayacucho	-0.849	0.002
Cajamarca	-0.976	0.000
Cusco	-0.912	0.000
Huancavelica	-0.833	0.003
Huánuco	-0.976	0.000
Ica	-0.067	0.853
Junín	0.646	0.043
La Libertad	-0.661	0.038
Lambayeque	-0.208	0.564
Lima	0.674	0.033
Loreto	0.091	0.802
Madre de Dios	-0.238	0.508
Moquegua	0.924	0.000
Pasco	-0.587	0.074
Piura	-0.957	0.000
Puno	-0.902	0.000
San Martín	0.098	0.788
Tacna	0.729	0.017
Tumbes	0.346	0.328
Ucayali	0.271	0.449

*p-valor<0.05, la correlación es significativa al nivel 0.05

Elaborado por la autora de la tesis.

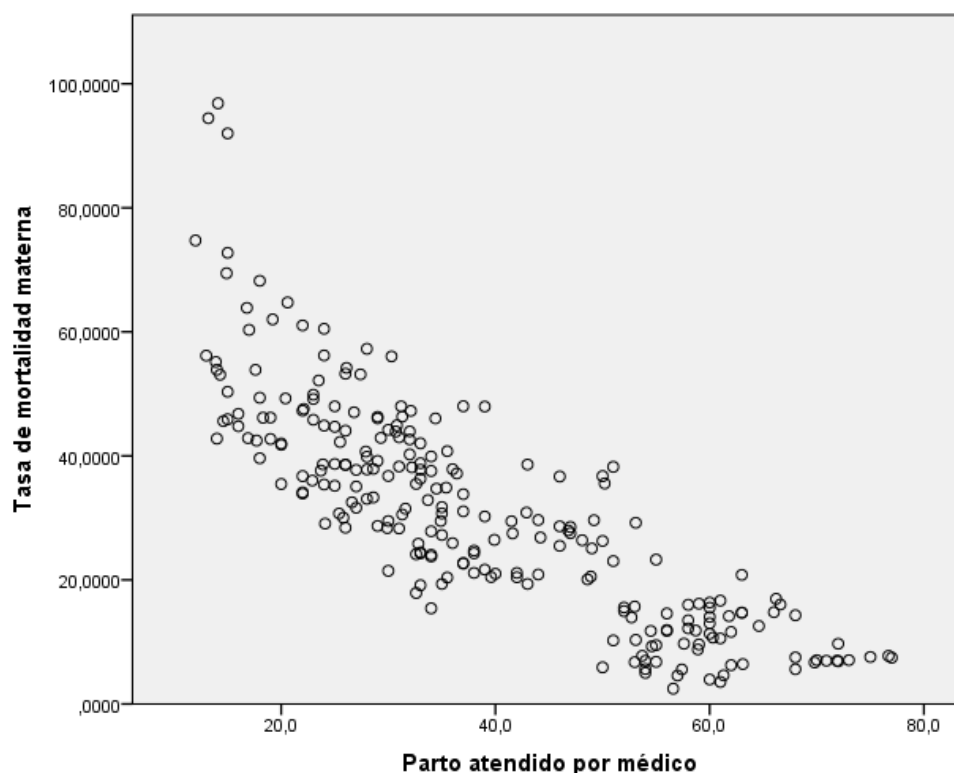
Fuente: Estimaciones elaboradas por la autora de la tesis con información del INEI.

A través de los siguientes gráficos de dispersión a nivel nacional, que conjugan la tasa de mortalidad materna, los factores sociosanitarios estudiados y los años del estudio, y se presenta la relación entre la tasa de mortalidad materna (TMM) con cada uno de los factores sociosanitarios asociados a la muerte materna.

En el caso de los factores *parto atendido por médico* y *parto institucional en establecimiento públicos y privados* (Figuras 7 y 8), se observa que la nube de puntos forma una línea diagonal, representando la relación inversa entre la TMM y dichos factores sociosanitarios. Es decir, a medida que aumentan los partos atendidos por médico o los partos institucionales en establecimientos públicos y privados, disminuye la TMM.

Figura 7

**PERÚ: DISPERSIÓN ENTRE TASA DE MORTALIDAD vs PARTO
ATENDIDO POR MÉDICO, A NIVEL NACIONAL, 2001 – 2010**

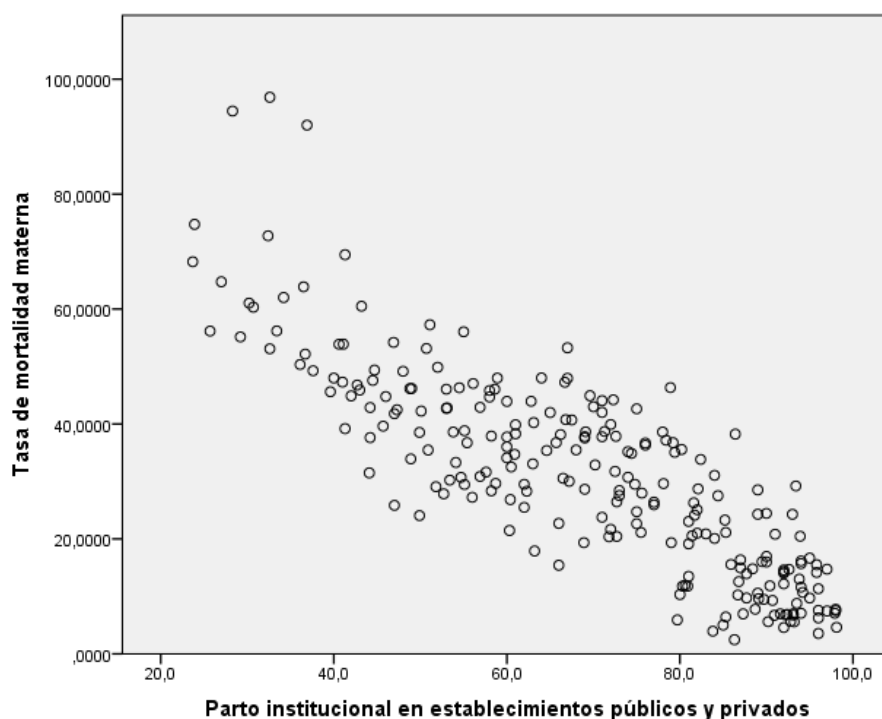


Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

Figura 8

PERÚ: DISPERSIÓN ENTRE LA TASA DE MORTALIDAD vs EL PARTO INSTITUCIONAL EN ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS Y PRIVADOS A NIVEL NACIONAL, 2001 – 2010



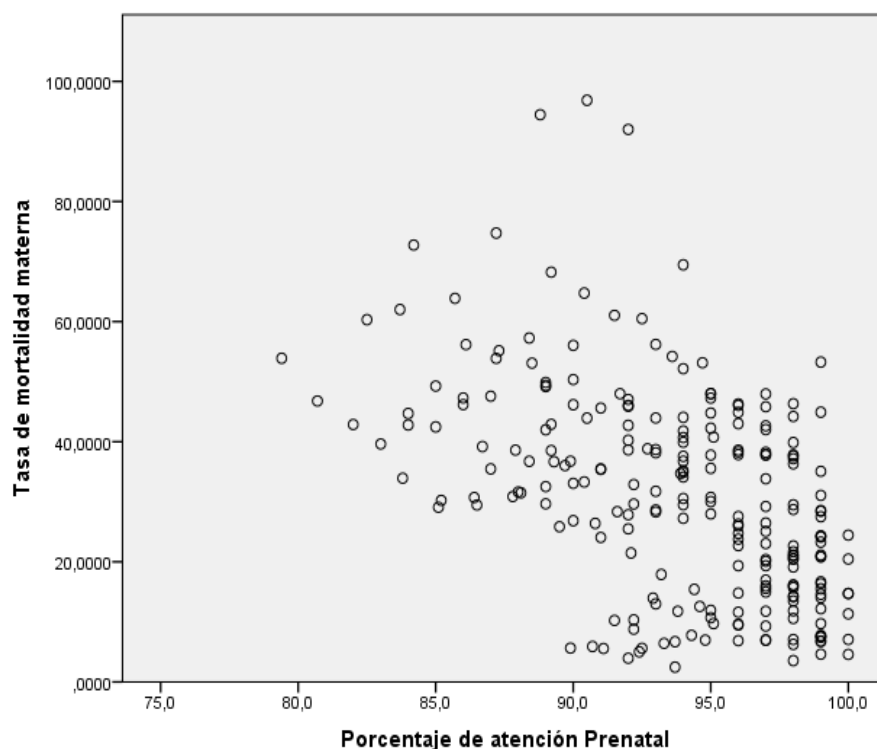
Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

En la siguiente figura correspondiente al factor atención prenatal, se observa una mayor dispersión de los datos; es decir, no en todos los departamentos existe una relación óptima entre la TMM y el porcentaje de atención prenatal.

Figura 9

PERÚ: DISPERSIÓN ENTRE LA TASA DE MORTALIDAD vs EL PORCENTAJE DE ATENCION PRENATAL, A NIVEL NACIONAL, 2001 – 2010



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

Cabe destacar los tres puntos ubicados fuera de la nube de puntos, en las figuras 7, 8 y 9. Ellos corresponden a la tasa de mortalidad materna de los años 2001, 2002 y 2003 del departamento de Huancavelica. Dichas tasas son las más altas dentro del período de estudio, mientras que la atención prenatal alcanza un alto porcentaje en esos mismos años.

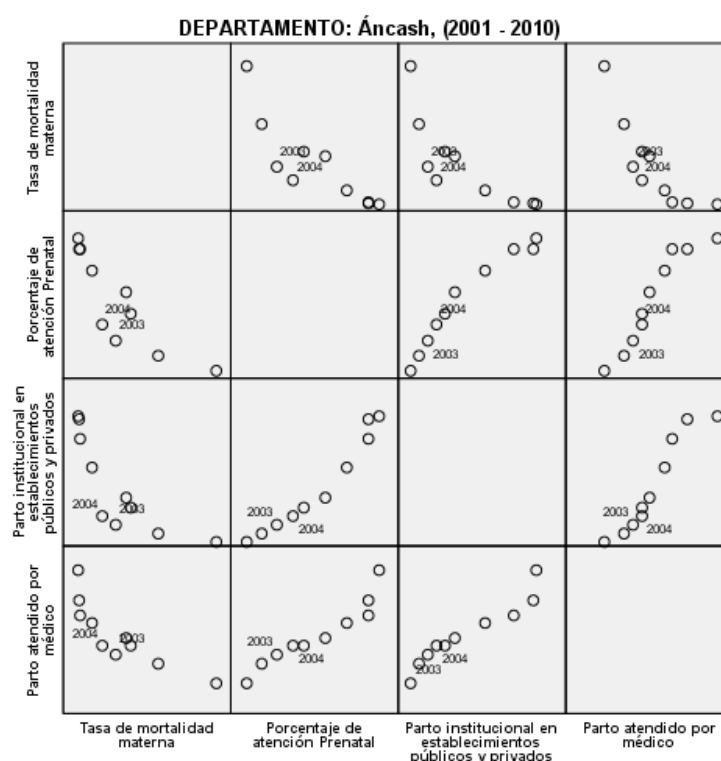
También se consideró conveniente elaborar una matriz de dispersión para los nueve departamentos que presentaron alta correlación entre las variables (Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Piura y Puno), así como para los dos departamentos que presentaron la más baja correlación entre variables (Ica y Lima).

La matriz de dispersión es una herramienta de exploración de datos que, para el presente estudio, permite establecer la relación entre la tasa de muerte materna con los factores sociosanitarios asociados a ella, así como la correlación entre factores.

Las matrices confirman la alta correlación entre las variables del estudio en los nueve departamentos.

MATRICES DE DISPERSIÓN PARA DEPARTAMENTOS CON ALTA CORRELACIÓN

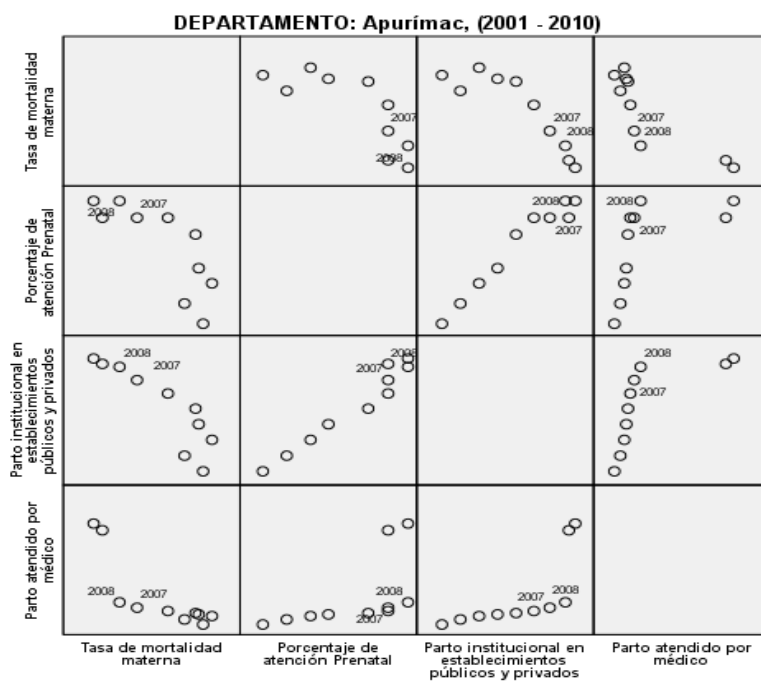
Figura 10



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

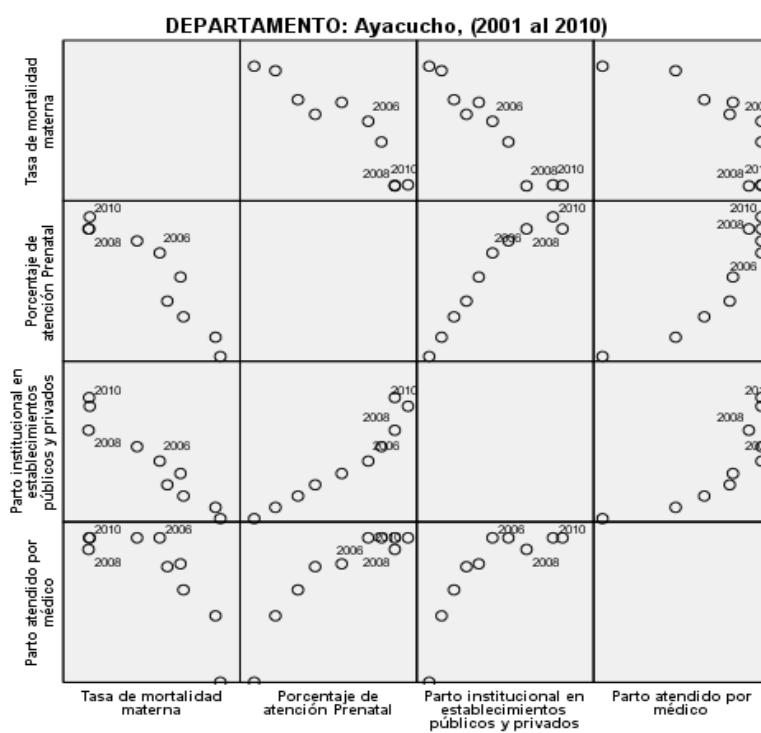
Figura 11



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

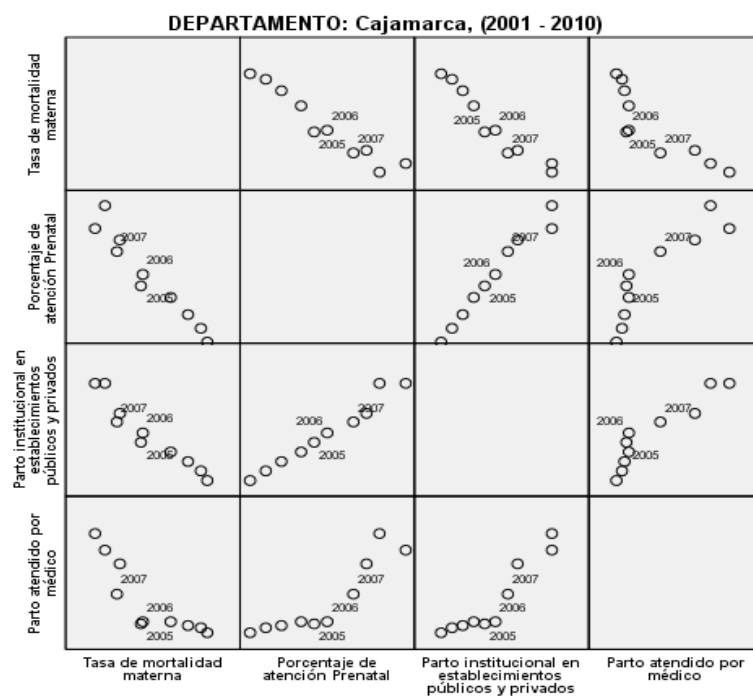
Figura 12



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

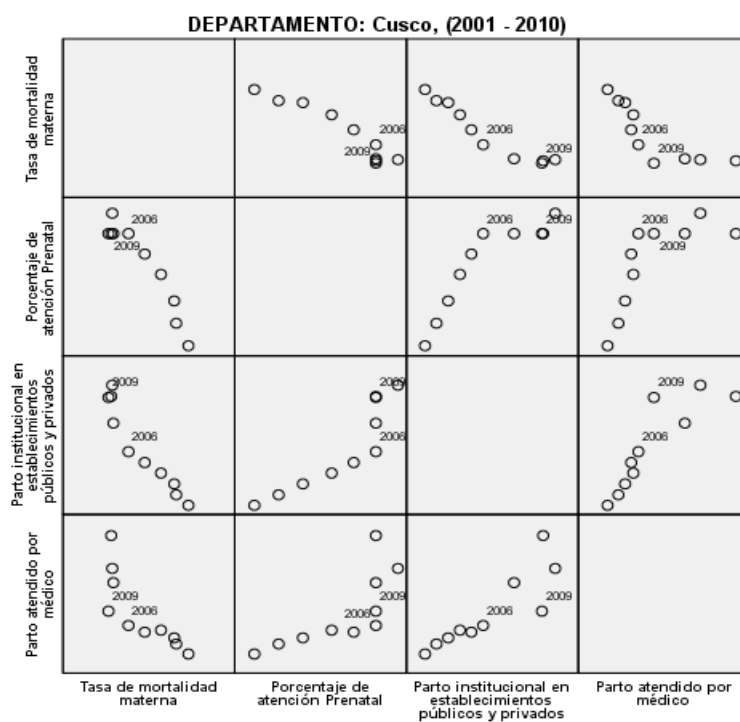
Figura 13



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

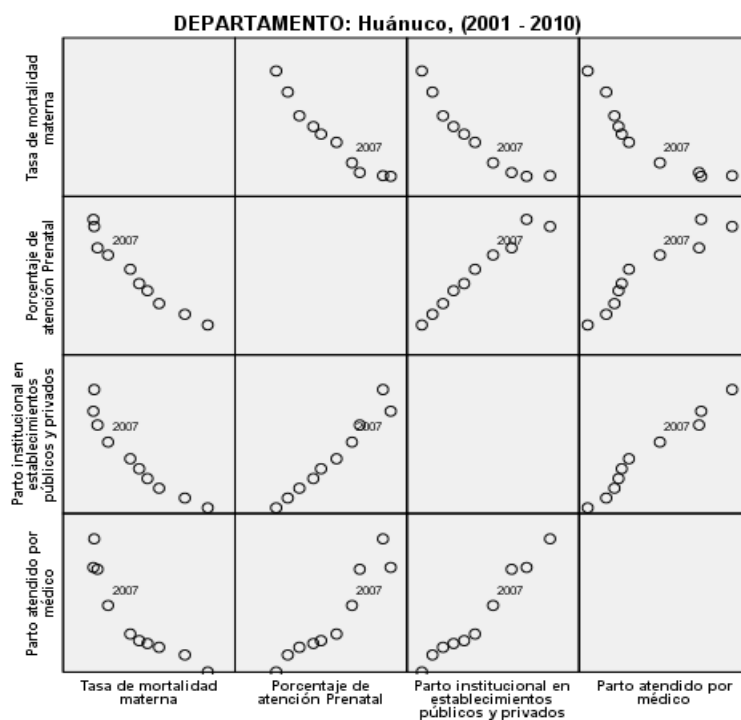
Figura 14



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

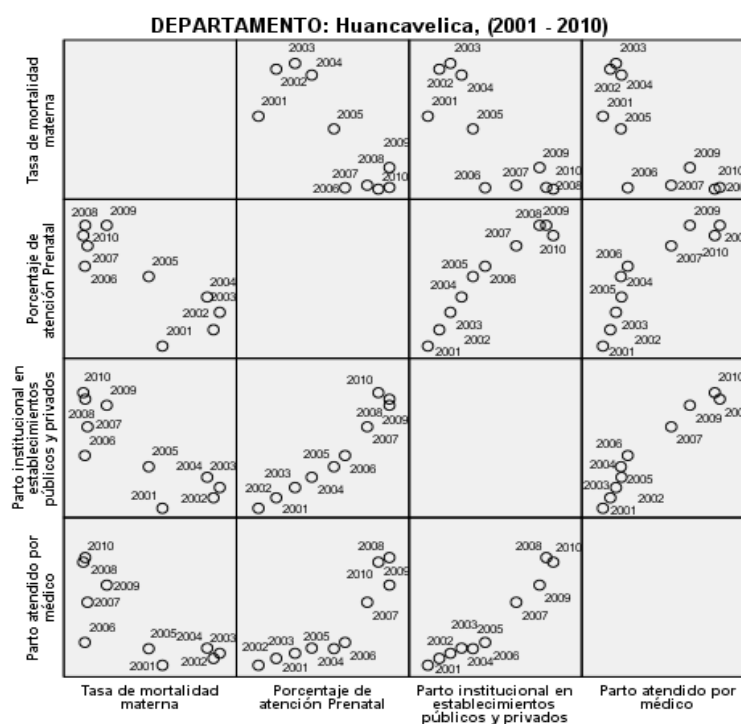
Figura 15



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

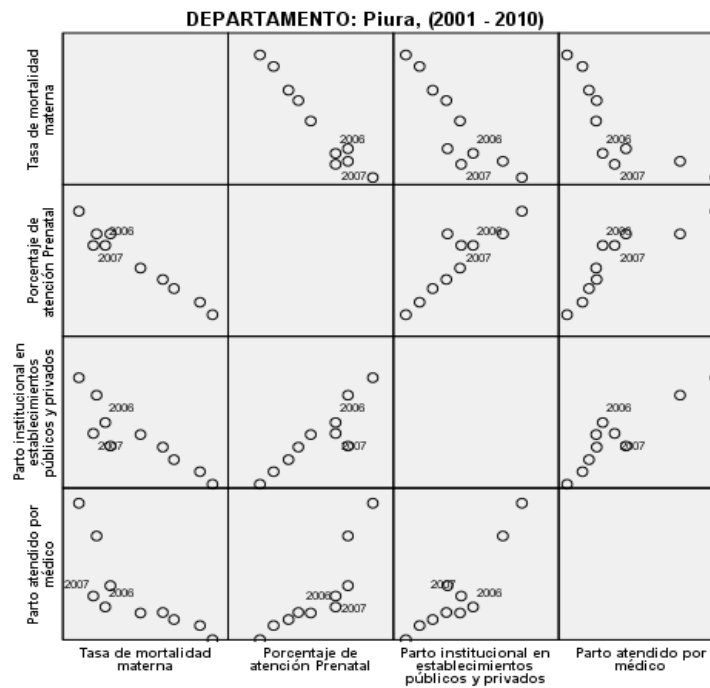
Figura 16



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

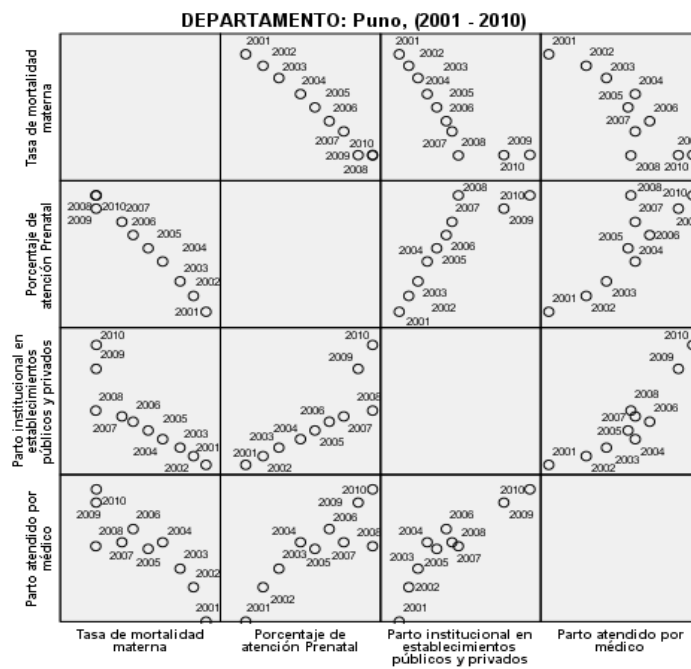
Figura 17



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

Figura 18



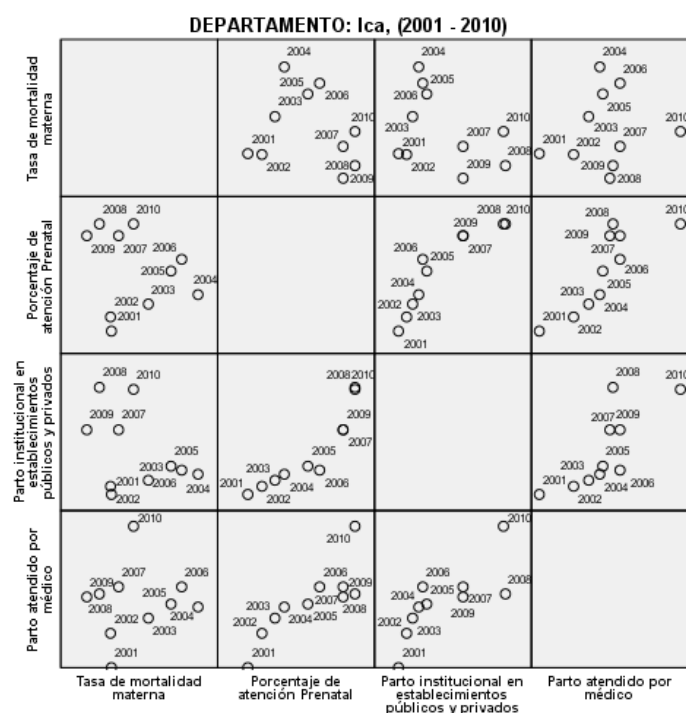
Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

MATRICES DE DISPERSIÓN PARA DEPARTAMENTOS CON BAJA CORRELACIÓN

En la siguiente figura, correspondiente al departamento de Ica, se observa que no existe una correlación significativa. Gráficamente vemos que no hay relación entre la TMM y los factores asociados a través de los años.

Figura 19

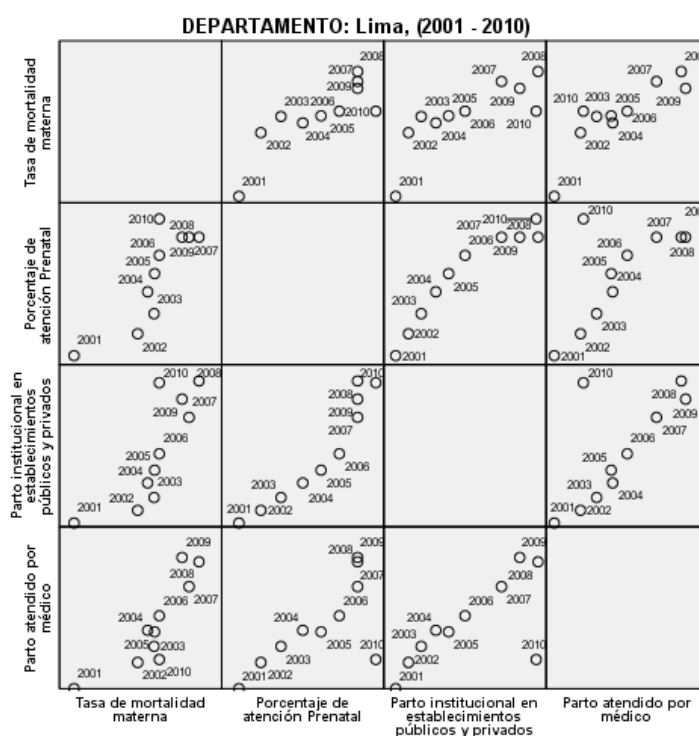


Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

En Lima (figura 20) sí existe una baja correlación significativa positiva. Gráficamente se puede observar que, a medida que aumentan los factores sociosanitarios asociados, la tasa de mortalidad materna también aumenta a través de los años. Sin embargo, en el año 2010 la tasa de mortalidad materna y el parto atendido por médico disminuyen notablemente.

Figura 20



Elaborada por la autora de la tesis.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 al 2010.

4.1.4. Información recolectada a través de entrevista a funcionarios del Ministerio de Salud y profesionales de otras instituciones relacionados con el tema de estudio

Se realizaron las seis entrevistas planificadas: a tres funcionarios del Ministerio de Salud, a dos profesionales relacionados con el problema de la mortalidad materna y cuyas instituciones corresponden a la sociedad civil, y a un académico dedicado al estudio de la mortalidad materna desde una perspectiva demográfica y de salud pública.

Gracias a la generosidad de los entrevistados, se logró recolectar importante información para el estudio.

Los seis entrevistados coincidieron en que entre los años 2001 y 2010 la mortalidad materna se redujo. Cinco de ellos consideraron que esta reducción fue significativa, excepto la representante del Movimiento Manuela Ramos.

En cuanto a la pregunta *¿Cómo considera que fue la actuación del Estado en sus esfuerzos por combatir la mortalidad materna entre los años 2001 al 2010?*, los funcionarios del MINSA opinaron que fue positiva ya que se fortaleció la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, con adecuación cultural. Se incrementó el parto institucional a través del Seguro Integral de Salud y el programa estratégico materno neonatal del presupuesto por resultados. También, se incrementó la atención prenatal reenfocada y se redujo la demanda insatisfecha de planificación familiar.

La representante del Movimiento Manuela Ramos manifestó que podría decirse que el Estado se concentró en las zonas rurales, pues «es ahí donde básicamente ha estado implementando sus programas. Sin embargo, la dificultad mayor que uno puede notar es la referida a la cobertura y calidad de los recursos humanos que poseen estos programas para hacer frente al problema de la mortalidad materna».

El demógrafo experto en mortalidad materna sostuvo que la intervención del Estado no fue agresiva, pues «de lo contrario los resultados serían mejores». En la misma línea, el médico experto en salud reproductiva manifestó que sí hubo reducción, pero que con políticas más precisas y con acciones coordinadas, focalizadas y sostenidas, es factible reducir las muertes maternas en un mayor nivel.

Ante la solicitud de que mencionen algunas barreras para una mayor reducción de la mortalidad materna en el Perú, los funcionarios del MINSA manifestaron que existen barreras geográficas, culturales, actitudinales y administrativas, y que para cada una de ellas se implementan estrategias, a fin de reducir la mortalidad materna.

Para la representante del Movimiento Manuela Ramos, las barreras son geográficas y la culturales. También, la falta de un mayor desarrollo e implementación del enfoque de género dentro de las políticas sociales destinadas a reducir la mortalidad materna.

El demógrafo experto en mortalidad materna opinó que las barreras están relacionadas con la pobreza, el analfabetismo, el escaso número de profesionales de la salud bien capacitados, sobre todo en las zonas de mayor riesgo.

Para el médico experto en salud reproductiva, las barreras para una mayor reducción de la mortalidad materna en nuestro país siguen estando en el campo de la gestión de la atención de salud de las mujeres a nivel nacional; esto es, mayor y mejor coordinación entre instancias e instituciones públicas, privadas y comunitarias, para el logro de intervenciones sanitarias y sociales eficaces y eficientes.

En Anexos se muestra la guía de entrevista aplicada a los profesionales mencionados.

4.2. Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados

Visto solo desde una óptica cuantitativa e individual, el problema de la muerte materna podría parecer no prioritario para la agenda del Estado y de la sociedad en su conjunto, puesto que tenemos otros problemas de salud que afectan a muchas más personas. Justamente por este riesgo es que se hace necesaria su permanente vigilancia y estudio.

La estimación del número de las muertes maternas sigue siendo de suma importancia para la vigilancia de la mortalidad materna, en países como el nuestro, afectado todavía por un alto subregistro de ellas, generado por la falta

de notificación debido a que se siguen produciendo muertes en domicilio que no llegan al Registro Nacional de Identidad y Estado Civil ni al registro de los servicios de salud. También contribuyen al subregistro las imprecisiones en cuanto a la causa de muerte, por lo que una muerte por causas maternas puede ser registrada como una muerte por causas distintas.

No podemos dejar de mencionar que aún no se cuenta con un sistema de vigilancia de la mortalidad materna que abarque a todo el país, ni con un solo sistema de registro de las muertes maternas en el Sector Salud.

El estudio realizó sus propias estimaciones de muertes maternas y de los indicadores que las expresan (tasa de mortalidad materna y razón de mortalidad materna), a nivel de país y por departamentos, aplicando el Método indirecto de la sobrevivencia de las hermanas, generado por Wendy Graham y William Brass. Para ello se utilizó la información de las ENDES por ser las fuentes de datos más confiables.

Es de considerar que, a nivel internacional y de país, las estimaciones de las muertes maternas se realizan a través de distintos métodos, al parecer, porque en la gran mayoría de países no se cuenta con fuentes oficiales confiables debido a que su registro es afectado por las circunstancias o factores ya mencionados.

El uso de distintos métodos para las estimaciones de muertes por causas maternas propicia que muchas veces los hallazgos para un mismo país difieran. Así, por ejemplo, para el año 2005 el Perú cuenta con cuatro estimaciones: 1) el estudio *Cobertura y Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva y otras Variables, y su relación con el nivel de la Mortalidad Materna: 2007* (INEI, 2009), que estimó 1,144 muertes maternas; 2) el estudio *Mortalidad Materna en 2005* (OMS, 2008), que estimó 1,500 muertes maternas; 3) el estudio *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008* (OMS, 2010), que estimó 720 muertes maternas para el mismo año; y finalmente 4) el presente estudio, que ha estimado 1,743 muertes maternas.

Ilustra la situación el hecho de que los organismos OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, en el estudio Mortalidad Materna en 2005, estimen para el Perú una razón de mortalidad materna de 240 por cien mil nacidos vivos, y establezcan un rango estimado de 170 a 310. Esta amplitud de rango denota la dificultad que se tiene para expresarla lo más cercanamente posible a lo real.

El mismo método, utilizado en el presente trabajo, brinda diferentes estimaciones, según como el investigador seleccione las probabilidades de morir por causa materna, por lo que una selección distinta de estas, producirá una estimación distinta. Cabe señalar que el presente estudio tomó los puntos intermedios de la curva logística de probabilidades de morir por causa materna, para las estimaciones realizadas.

Analizando la magnitud del fenómeno estudiado a través de la estimación de las muertes maternas y de los indicadores que la expresan, la tasa y la razón de mortalidad materna, se halla que a nivel del país estas han ido reduciéndose de manera gradual y sostenida (cuadro 1). Sin embargo, no se observa variación significativa en el transcurrir de la década del estudio, a diferencia de la reducción acontecida en la década de los años 90, que se debió en gran medida a la aplicación de una política agresiva de salud reproductiva, principalmente de planificación familiar.

La reducción de la mortalidad materna a nivel país, identificada en este estudio, no es significativa si se toma en cuenta el logro del Objetivo 5 de los objetivos del milenio (ODM) propuestos por la ONU, referido a la reducción de la mortalidad materna en un 75% entre los años 2000 al 2015 en los países firmantes de la Declaración del Milenio, siendo el Perú uno de ellos.

Así, de acuerdo a las muertes maternas estimadas por el presente estudio para los años 2001 al 2010, las muertes maternas en el Perú se habrían reducido durante estos diez años en un 22%. Si proyectamos esta reducción al quinquenio que falta, es decir, a los años 2011 al 2015, la muerte materna podría reducirse en aproximadamente un 15% en este lapso. Tendríamos,

entonces, que entre los años 2000 y 2015 la reducción alcanzaría un 37%, cifra muy por debajo de la 75% propuesta.

Desde una perspectiva más humana, las cifras pueden ser expresadas en términos de los decesos diarios. En ese sentido, según las cifras estimadas, durante todos los días del año 2001 murieron cinco mujeres por causas maternas, mientras que cada día del 2010 murieron cuatro mujeres por las mismas causas, en algún lugar de nuestro país.

Observando los indicadores tasa y razón de mortalidad materna a nivel del país, para los años 2001 al 2010, estos expresan un comportamiento semejante al de las muertes maternas estimadas, pues han ido decreciendo a lo largo de la década.

Se consideró establecer la distribución de las muertes maternas estimadas y los indicadores de mortalidad materna en las tres regiones naturales del país, partiendo de la premisa de que hay diferencias importantes entre ellas en cuanto a su demografía, a la cobertura de servicios de salud y al grado de desarrollo socioeconómico.

Los resultados muestran una importante reducción de las muertes maternas estimadas a lo largo de la década en la región Sierra. Los indicadores tasa y razón expresan también esa importante reducción. Al comparar los años 2001 y 2010, se observa que en el 2010 la Sierra llega a tener el mismo número de muertes maternas estimadas que la Costa.

Consideramos que la reducción del número de muertes maternas en la Sierra se debe a las acciones orientadas a ello, puesto que, a inicio de la década del estudio, era la región con mayor número de muertes maternas. Este hecho demuestra que es posible reducir la muerte materna con *acciones* orientadas a esta reducción. Pero no hay que dejar de considerar que, si bien se ha reducido la mortalidad materna en esta región, el número de ellas sigue siendo alto.

En la Costa se observa un aumento de la muerte materna en los primeros ocho años del estudio, recién en el 2009 se nota un ligero decrecimiento. Considerando que la Costa presenta una mayor cobertura de servicios obstétricos, esta situación reflejaría una *baja calidad de atención* en ellos.

En la región de la Selva se observa un ligero incremento de la mortalidad materna a lo largo de los años del estudio (1.10%). Esto no es de sorprender, debido a que, como se ha expuesto en el capítulo 2, en esta región se dan las mayores barreras en cuanto al acceso a servicios de salud.

Al hacer el ejercicio de establecer un paralelo entre la evolución de la mortalidad materna y la evolución de la pobreza durante el período 2001 – 2010, se observa que estos dos fenómenos han reducido su magnitud. Según el Informe Técnico “Evolución de la Pobreza al 2010” del INEI, esta se ha reducido en un 23% a nivel nacional y, según las estimaciones del presente estudio, la mortalidad materna se habría reducido en un 22%.

En cuanto a las regiones naturales, según el Informe Técnico del INEI, los porcentajes de reducción de la pobreza según regiones naturales no varían sustantivamente entre Costa, Sierra y Selva (21.6%, 22.9% y 31.4%, respectivamente).

Si consideramos que en el mismo período la reducción de la mortalidad materna en la región Sierra ha sido de aproximadamente un 41% y la reducción de la pobreza se ha dado en un 22.9%, podemos deducir que la reducción de la mortalidad materna en esta región natural se ha debido en mayor medida a la intervención del Estado a través de acciones de salud focalizadas para este fin (acercar el servicio a la persona), y no considerablemente a la capacidad de la población para acceder a servicios de salud.

Al revisar las estimaciones de muertes maternas, así como la razón y la tasa de mortalidad materna de cada uno de los departamentos de nuestro país, se aprecian notorias diferencias entre ellos. Estas diferencias son difíciles de

explicar, ya que la muerte materna se da por la concurrencia de múltiples factores que colocan a la mujer embarazada en un alto grado de vulnerabilidad llevándola hasta la muerte.

Justamente, por lo anterior, es necesario estudiar los factores asociados a la muerte materna en ámbitos determinados, a fin de poder implementar acciones para el eficaz y eficiente control de ellos.

Al observar las cifras de muertes maternas estimadas (cuadro 3), llama la atención que siete de los diez departamentos de la Costa, con importante área urbana y que cuentan con una mejor red de servicios de salud, presenten un aumento considerable en el número de muertes maternas entre los años 2001 y 2010, a excepción de La Libertad, donde la cifra aumentó solo en un 0.80%. En Tumbes, Ancash, Lima, Ica, Arequipa, Tacna y Moquegua aumentó significativamente. Solo en Piura y Lambayeque la muerte materna decreció.

Lima —que, para efectos del estudio, comprende también la Provincia Constitucional del Callao)—, presenta un aumento sostenido en la década del estudio, pasando de 140 muertes maternas estimadas en el 2001 a 203 en el 2010.

Observamos que en tres de los cinco departamentos de la región Selva también aumentó el número de muertes maternas entre los años del estudio, San Martín, Ucayali y Madre de Dios.

En la región Sierra ningún departamento aumentó el número de muertes maternas. Pasco mantuvo el mismo número de muertes maternas en el 2001 y el 2010.

En trece de los 24 departamentos del país se redujo el número de muertes maternas estimadas entre los años 2001 y 2010. Estos departamentos son (ordenados de mayor a menor reducción): Cusco (-60.60%), Apurímac,

Huánuco, Ayacucho, Ancash, Puno, Junín, Huancavelica, Piura, Cajamarca, Lambayeque, Amazonas y Loreto (-6.40%). Cuadro 3.

Tres departamentos de la Sierra que presentan una importante reducción de las muertes maternas estimadas (Huancavelica, Ancash y Puno), son precisamente los que comparten dos características: durante la década del estudio, (1) han mantenido casi el mismo volumen poblacional, según la UNFPA-Perú y (2) han registrado los mayores problemas en cuanto a cobertura y calidad de servicios de salud (registros MINSA). Podría suponerse que la reducción se ha dado por la aplicación focalizada de programas de reducción de la mortalidad materna implementados por las respectivas direcciones de salud con el apoyo de instituciones de la sociedad civil.

Tomando en cuenta los indicadores, ya que estos nos permiten hacer comparaciones, vemos que solo tres departamentos de la Costa tienen razones y tasas de mortalidad materna superiores al promedio nacional (Ancash, La Libertad y Piura).

Los departamentos de la Sierra con razones y tasas de mortalidad materna superiores a los promedios nacionales son: Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Pasco y Puno.

Todos los departamentos de la Selva presentan los indicadores de mortalidad materna más altos que el promedio nacional (Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali). En cuanto a esta región, véase el Cuadro 3.

Considerando información de estudios anteriores y de las ENDES, se seleccionaron tres factores sociosanitarios relacionados con la muerte materna. Estos son *la atención prenatal, el parto institucional en establecimientos públicos y privados y el parto atendido por médico*.

A los tres factores seleccionados se les denominó *factores sociosanitarios asociados a la mortalidad materna*, considerando que, si bien su aplicación

forma parte de las responsabilidades sanitarias del Estado a través del Ministerio de Salud y otros organismos, estos guardan estrecha relación con otros aspectos que inciden en la vida de la mujer embarazada, de allí que según las circunstancias, los factores del estudio pueden jugar un rol de condicionantes o determinantes de la muerte materna.

Como se ha explicado en el capítulo 3 (Metodología), para el estudio de la relación entre la mortalidad materna y cada uno de los factores sociosanitarios, se empleó el coeficiente de correlación de rango de Spearman.

Para el cálculo de los coeficientes de correlación de Spearman para cada factor y departamento, se eligió la tasa de mortalidad materna por considerarla el indicador más adecuado para el caso de comparación entre poblaciones. Además, la tasa guarda estrecha relación con la razón de mortalidad materna, por lo que realizar el análisis con ambos indicadores sería innecesario.

A fin de establecer la relación con la muerte materna, ha sido necesario expresar los factores sociosanitarios asociados a través de porcentajes de interés para el estudio.

En lo que respecta al factor **atención prenatal** (cuadro 5), Lima (que incluye a la Provincia constitucional del Callao) es el departamento con el mayor peso en cuanto a dicho factor por tener la mayor cantidad de atenciones. Aun así, observamos que no hay relación uno a uno, manteniendo cualquier otra posible variable asociada a la muerte materna constante o fuera del análisis.

La no relación se da en diez departamentos del país: Ica, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín, Tacna y Ucayali.

En los catorce departamentos restantes si hay relación negativa. Esto expresa una relación inversa, es decir, a menor tasa de mortalidad materna hay mayor atención prenatal, cumpliéndose lo esperado.

Es necesario tener en cuenta que, para el estudio, el porcentaje de atención prenatal se calculó considerando por lo menos un control, ya que así lo consideran las ENDES.

La no correlación estadística a través de los años del estudio, entre la muerte materna y el factor *atención prenatal* en los diez departamentos mencionados, podría explicarse porque la relación se ve afectada por el hecho de que las ENDES toman como referencia una atención prenatal, al margen del número de atenciones recibidas por la gestante, en cambio, la data del Ministerio de Salud considera todos los controles realizados. También debe considerarse que, en los diez departamentos en los que no se da la correlación, existen influencias más fuertes de otras variables o factores.

El departamento de Tumbes es un caso particular, porque estadísticamente se lee que, a mayor porcentaje de gestantes que recibieron atención prenatal, se da una mayor tasa de mortalidad materna, situación no lógica, presumiéndose la existencia de otros factores que estarían incidiendo en la generación de muertes maternas, o que la atención prenatal estaría mal enfocada.

Cabe mencionar que desde tiempo atrás se cuestiona la atención o control prenatal respecto de su valor como acción sanitaria frente a la evitabilidad de la muerte materna, porque una gestante puede tener el número de atenciones prenatales establecido y más, pero si estas atenciones no son de calidad (que implica la competencia técnica y la capacidad para sensibilizar y educar de quien lo realiza), no podrían detectar precozmente los signos de alarma y, por lo tanto, darse la intervención oportuna y eficaz.

Pero, en términos de salud pública, sí se considera importante impulsar la atención prenatal, sobre todo en lugares donde no se cuenta con establecimientos de salud con capacidad para resolver problemas obstétricos, puesto que permite la relación entre la gestante y el sistema de atención de salud. Lo mínimo esperado es que ella reciba información sobre los signos de

alarma, propiciando, si fuera el caso, que la gestante acuda oportunamente a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

Respecto al factor ***parto institucional en establecimientos públicos y privados*** (Cuadro 6), en el transcurso de los 10 años en estudio se observa un crecimiento importante en el porcentaje de partos atendidos en establecimientos públicos y privados. Por ejemplo, departamentos como Ancash, Ayacucho y Cusco pasan de porcentajes que bordeaban el 50% al 90%.

Sin embargo, en otros departamentos, dicho crecimiento se ha dado de manera menos agresiva como en Puno, Pasco y los departamentos de la Selva.

Los departamentos de la costa son los que presentan mayores índices de atención en establecimientos de salud. Pero tales crecimientos no van asociados con la disminución de las muertes maternas, por lo que observamos que diez departamentos (Junín, Arequipa, Lambayeque, Loreto, San Martín, Ica, Ucayali, Tacna, Moquegua y Madre de Dios) no presentan relación entre la muerte materna y el factor de estudio. Esto se explicaría por diversos factores, tal como que los crecimientos en atención fueron más acelerados que la reducción, o porque existe una influencia más grande de otras variables o factores involucrados en la muerte materna.

Catorce departamentos sí presentan relación entre la muerte materna y el parto institucional: Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, La Libertad, Lima, Loreto, Pasco, Piura, Puno y Tumbes.

A excepción de Lima y Tumbes, en doce de los catorce departamentos mencionados, la mayoría ubicados en la región Sierra, la tasa de muerte materna está fuertemente relacionada con la atención institucional del parto (p-valor < 0.05 y estadístico de Spearman negativo).

En los departamentos de Lima y Tumbes ocurre asociación positiva. Se podría decir que al ser Lima la ciudad con mayor cantidad de atenciones, los servicios no están brindando los cuidados necesarios a las gestantes. Ameritaría realizar un monitoreo y supervisión de los establecimientos de salud con mayor demanda, luego, analizar la situación con el fin de mejorar la atención en ellos. En el caso de Tumbes, existirían otros factores asociados al igual que ocurre con la atención prenatal.

Los hallazgos anteriores confirman lo que se viene observando en las poblaciones alejadas: es mejor dar a luz en un establecimiento de salud, aun siendo este sea un establecimiento del primer nivel de atención (posta o centro de salud, muchos de ellos poco equipados).

Se observa que, frente a una emergencia obstétrica, se da la solidaridad del personal de salud y de las personas vecinas al establecimiento, lográndose trasladar a la gestante a un establecimiento de mayor capacidad resolutive. Estas situaciones deberían servir de fundamento para extender y mejorar la red de servicios del primer nivel y dotarlos de medios de transporte adecuados a la zona.

En cuanto al factor **parto atendido por médico** (cuadro 7), vemos que los porcentajes de partos atendidos por médicos son bajos, aunque han evolucionado satisfactoriamente durante los años del estudio, al igual que el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud.

Los departamentos de la costa son los que tienen los mayores porcentajes de partos atendidos por médicos, aunque con 2 departamentos a observar, que son Tacna y Moquegua, en donde el porcentaje disminuye.

Huánuco, Puno, San Martín, Ucayali y Loreto, son los departamentos cuyos porcentajes no superan el 30%. En Lima, el crecimiento ha sido casi imperceptible en los 10 años, pasando de un 67.8% a un 70%.

Nueve departamentos no guardan relación uno a uno en cuanto a la muerte materna y la atención del parto por médico: Arequipa, Ica, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín, Tumbes y Ucayali.

Los departamentos en los cuales sí se presenta relación entre la muerte materna y el parto atendido por médico son quince: Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Lima, Moquegua, Piura, Puno y Tacna.

Los departamentos observables son Junín, Lima, Moquegua y Tacna, porque, si bien el p-valor es menor de 0.05 (significativo) la correlación de Spearman es positiva, dándose lo inesperado, esto es, a mayor porcentaje de partos atendido por médico, mayor muerte materna. Podría especularse que a lo mejor la atención médica no estaría resolviendo satisfactoriamente los problemas médicos relacionados con la muerte materna, o que hay otras variables que están influyendo negativamente.

Considerando la región Selva, solo en el departamento de Amazonas se presenta lo esperado: a mayor atención del parto por médico, menor número de muertes maternas.

El departamento de Tumbes vuelve a presentar una particular situación, un p-valor 0.05 (no significativo) y un estadístico de Spearman positivo, lo cual nos lleva a suponer que en este departamento existirían variables más importantes relacionadas al incremento de la mortalidad materna.

Con la finalidad de observar a nivel nacional, el comportamiento de la relación entre tasa de mortalidad materna y cada uno de los factores estudiados, se elaboraron las matrices de dispersión.

En las figuras de dispersión a nivel nacional, se observa que la nube de puntos forma una línea diagonal, representando la relación inversa entre la TMM y los factores sociosanitarios, es decir a medida que aumentan los partos atendidos

por médico o los partos institucionales en establecimientos públicos y privados, disminuye la TMM, excepto el porcentaje de atención prenatal, donde se observa una mayor dispersión de los datos, es decir, no en todos los departamentos existe una relación óptima entre la TMM y el porcentaje de atención prenatal.

A juzgar por la información obtenida, podemos decir que entre los años 2001 y 2010 la reducción de la mortalidad materna vista a través del número de muertes maternas estimadas por el presente estudio se ha dado en 13 de los veinticuatro departamentos (Pasco mantuvo el mismo número).

De igual modo, en todos los departamentos del país no se habría dado la relación entre la reducción de la mortalidad materna y los factores sociosanitarios asociados a ella. Sin embargo, a nivel del país sí se da claramente la asociación entre la reducción de la muerte materna y el desarrollo de los factores *parto institucional en establecimientos de salud públicos y privados, y atención del parto por médico*. No así respecto al factor *atención prenatal*.

La no relación entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo del factor atención prenatal, en un modelo de uno a uno, no quiere decir que este factor no influya en la reducción de la muerte materna. En un modelo estadístico multivariable, es probable que la influencia de este factor se vea con mayor claridad.

Podemos sostener que una de las razones de la no asociación es que los niveles de atención prenatal son altos, porque solo se considera un control durante todo el embarazo, de allí que la gran mayoría de las gestantes del estudio lo haya tenido. En cambio, la muerte materna es un fenómeno que se modifica mucho más lentamente.

La situación anterior no se da en cuanto a los otros dos factores sociosanitarios estudiados, ya que ellos expresan un evento en un solo momento dado y se

expresan en un solo dato, esto es, el parto se dio en un establecimiento de salud o fue atendido por médico: sí o no.

El presente estudio permite establecer que, a nivel del país y de los departamentos que lo conforman, el desarrollo de los factores sociosanitarios asociados considerados en el estudio, está relacionado con la reducción de la muerte materna, visto a lo largo de los diez años estudiados. Esto sin dejar de reconocer que la muerte materna es consecuencia de la concurrencia de muchos otros factores y circunstancias. Esto se expresa a través de las entrevistas realizadas a profesionales conocedores del problema de la mortalidad materna.

Ellos consideran que la mortalidad materna sí se redujo entre los años 2001 al 2010 considerándola significativa, a excepción de la representante del Movimiento Manuela Ramos. En cuanto al rol del Estado en esta reducción, los funcionarios del MINSA reconocieron el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, con adecuación cultural y el incremento del parto institucional a través del Seguro Integral de Salud y el Programa estratégico Materno Neonatal del presupuesto por resultados. También, se incrementó la atención prenatal.

El demógrafo y el médico experto coincidieron en que, con una mayor intervención del Estado a través de políticas más precisas y de acciones coordinadas, focalizadas y sostenidas, es factible reducir las muertes maternas a un mayor nivel.

La representante del Movimiento Manuela Ramos hizo notar que el Estado se habría concentrado en las zonas rurales y que hay dificultad notoria en cuanto a la cobertura y la calidad de los recursos humanos de los programas para hacer frente al problema de la mortalidad materna.

Asimismo, expresaron la existencia de barreras para una mayor reducción de la mortalidad materna en nuestro país, entre ellas, las barreras geográficas,

culturales, actitudinales y administrativas, la falta de un mayor desarrollo e implementación del enfoque de género en la pobreza, el analfabetismo y el escaso número de profesionales de la salud bien capacitados, sobre todo en las zonas de mayor riesgo.

Las expresiones de las y los entrevistados configuran el problema de la muerte materna como un problema relacionado con el proceso de desarrollo del país y con la intervención del estado en dicho proceso. De allí que, para una mejor comprensión de los hallazgos del presente estudio, se revisaron los resultados de la aplicación del índice *Densidad del Estado*, que por primera vez se aplicó en nuestro país el año 2009 y cuyos resultados se encuentran en el *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009* (PNUD, 2010).

El índice de densidad del Estado identifica cuánto del desarrollo en los departamentos se explica por el influjo de las acciones del Estado. En su elaboración intervienen cinco indicadores: la tasa de asistencia a la escuela secundaria, el porcentaje de viviendas con acceso a servicios de agua, desagüe y electricidad, el porcentaje de población con partida de nacimiento y el número de médicos por cada 10 mil habitantes.

Según el estudio mencionado, el Estado peruano promueve un mayor desarrollo en la Costa, seguido por la Sierra (especialmente la Sierra sur) y la Selva. El panorama se complejiza a nivel de provincia, por ejemplo, en Cajamarca, Huánuco, Huancavelica, San Martín y Ayacucho, las capitales de provincia muestran un nivel medio – alto de densidad estatal, pero están rodeadas de provincias que presentan niveles muy bajos.

En algunos departamentos como La Libertad, Apurímac, Madre de Dios o Piura, se encuentra mucha más heterogeneidad de densidad estatal a nivel de las provincias, es decir, dentro de esos departamentos coexisten muchas provincias con niveles marcadamente distintos de densidad estatal, independientemente de que sean capital de departamento.

Lo anterior explicaría la importante reducción de las muertes maternas en los departamentos de la región Sierra (en un 43.30% como promedio). En la Costa, la no reducción de la mortalidad materna en departamentos como Arequipa, La Libertad y Lima, estaría dada por un importante número de muertes maternas en las provincias con menos presencia del Estado. Esto se refuerza con lo expresado en el Informe del PNUD, que en el segmento que presenta el menor nivel de densidad estatal se encuentra formado por las provincias ubicadas en la Sierra norte, pero que en la división política se encuentran, en gran parte, localizadas en los departamentos de la Costa.

Las provincias altas de Piura y las provincias noreste de Ancash, presentan el mayor nivel de precariedad en cuanto a densidad del Estado se refiere. Siendo así, la reducción de la mortalidad materna que presentan estos dos departamentos (-42.20% y -29.10%, respectivamente) estaría dada por la reducción en sus provincias costeras.

Según el Informe PNUD, la mayor parte de Cajamarca y casi todo Huánuco, presentan el mayor nivel de precariedad en cuanto a densidad del Estado se refiere. Sin embargo, ambos departamentos presentan reducción de muertes maternas en la década del estudio (-24.10% y -55.90%, respectivamente). Esta reducción estaría relacionada con las provincias más beneficiadas por la intervención estatal.

La concentración más alta de densidad del Estado se encuentra en las provincias de los departamentos de la Costa que se encuentran más cercanas al mar, es el caso de Lima, La Libertad, Lambayeque, Arequipa, Moquegua y Tacna. Todos ellos con incremento de la mortalidad materna entre los años 2001 al 2010, significando que su alta mortalidad materna estaría dada por sus provincias al interior del departamento.

En cuanto a la región Selva, según el Informe PNUD, se encuentra en el tercer lugar de promoción del desarrollo por parte del Estado (primero la Costa y segundo la Sierra). Esto guarda relación con la reducción de la mortalidad

materna en el período del estudio, pues tres de los cinco departamentos que la conforman aumentaron el número de muertes maternas (San Martín, Ucayali y Madre de Dios). Loreto ha tenido una discreta reducción (-6.40%) y Amazonas una reducción de 12.50%.

Considerando los resultados y el análisis, interpretación y discusión de los mismos, finalizamos reiterando que la muerte materna no puede verse como un lamentable suceso individual. Basta anotar que, según estudios del Banco Mundial, en los países no desarrollados la falta de la madre aumenta el riesgo de muerte de los hijos menores de cinco años, hasta en un 50 por ciento. De ser así, la reducción de las muertes maternas reduciría también la mortalidad infantil, dos problemas nacionales a encarar seriamente, no solo con miras al cumplimiento de los Objetivos del Milenio, sino fundamentalmente por la defensa del derecho a la salud y a la vida de las mujeres y sus hijos.

CONCLUSIONES

1. El estudio presenta, de manera referencial, información sobre la magnitud de la mortalidad materna al año 2010, a través de las estimaciones de las muertes por causas maternas mediante el Método Indirecto de la Sobrevivencia de Hermanas. Se estima que se produjeron 1,481 muertes maternas, representando una tasa de muerte materna de 18.87 por 100,000 mujeres en edad fértil y una razón de muerte materna de 239.9 por 100,000 nacidos vivos.
2. En el periodo de estudio 2001-2010, se observa una reducción de las muertes maternas del 22.00%. Los indicadores de mortalidad materna también presentaron disminución, la Tasa de Mortalidad Materna se redujo en un 31.60% y la Razón de Mortalidad Materna en un 19.70%.
3. Los indicadores de mortalidad materna no son comparables con los de otros estudios, dado que, al ser subjetiva la selección de las probabilidades de morir por causa materna, podrían encontrarse diferencias muy llamativas.
4. En términos generales, las hipótesis del estudio se habrían confirmado, ya que al analizar independientemente y en cada departamento, la relación entre la muerte materna y cada uno de los factores sociosanitarios seleccionados, se halló asociación en la evolución de dichas asociaciones en los 10 años de estudio.

5. Como se supuso hipotéticamente, la reducción de la mortalidad materna no se ha dado de igual manera en los departamentos del Perú. Doce departamentos han reducido el número de muertes maternas así como sus indicadores de mortalidad materna: Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Lambayeque, Loreto, Piura y Puno. Cuatro departamentos han reducido solo los indicadores (tasa y razón de mortalidad materna): Cajamarca, La Libertad, Pasco y San Martín.
6. Ocho departamentos no han reducido el número ni los indicadores de mortalidad materna: Arequipa, Ica, Lima, Madre de Dios, Moquegua, Tacna, Tumbes y Ucayali.
7. El comportamiento de la mortalidad materna en las tres regiones naturales del país se dio de la siguiente manera: en la Costa ha tenido lugar un preocupante aumento del número e indicadores de muerte materna; en la Selva se observó un ligero aumento y, en la Sierra, una importante reducción.
8. La reducción de la mortalidad materna en la región Sierra se habría debido a la intervención del Estado a través de acciones de salud focalizadas.
9. Al realizar los análisis uno a uno de la tasa de mortalidad materna con cada uno de los tres factores sociosanitarios asociados seleccionados para el estudio, se llega a la conclusión de que no se puede estudiar el comportamiento de la mortalidad materna solo considerando tres factores para todos los departamentos, ya que entre ellos hay importantes diferencias.
10. La no correlación estadística a través de los años del estudio, entre la muerte materna y el factor *atención prenatal* en los diez departamentos

mencionados, confirman que este factor es afectado por la influencia de otras variables o factores.

11. En cuanto al factor *parto institucional en establecimientos públicos y privados*, se confirma que, a mayor número de partos atendidos en un establecimiento de salud, se produce un menor muertes maternas.
12. En cuanto al factor *parto atendido por médico*, la situación no esperada identificada en los departamentos de Junín, Lima, Moquegua y Tacna (un mayor porcentaje de partos atendido por medico se asoció a una mayor muerte materna), obliga a revisar la calidad de la atención médica, ya que no se estarían resolviendo satisfactoriamente los problemas médicos relacionados con la muerte materna.
13. Para una significativa reducción de las muertes maternas en nuestro país y acercarnos lo más posible al logro del quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM5), esto es, reducir la mortalidad materna en un 75% hasta el año 2015, el Estado peruano debe desplegar una eficaz y eficiente cobertura de servicios en la periferia de los departamentos del país, en coordinación con la sociedad civil.

RECOMENDACIONES

Considerando los hallazgos del presente estudio nos permitimos recomendar:

1. Diseñar una base de datos para el registro de muertes maternas desde el nivel provincial, departamental o regional hasta el nivel nacional, manejada bajo la responsabilidad de una sola instancia como la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, a fin de contar con información válida y confiable sobre su magnitud y sus características socioepidemiológicas y médicas.
2. Desarrollar estudios para el cálculo de los indicadores de mortalidad materna, así como el estudio de sus causas, a nivel departamental o regional, con el fin de diseñar políticas locales de prevención de las muertes maternas, asegurando de este modo su aplicación.
3. Reajustar, a la luz de los resultados de las anteriores, las preguntas de la Sección 4ª. Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia, de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).
4. Desarrollar acciones focalizadas en términos geográficos y socioculturales, orientadas a la prevención y a la reducción de las muertes maternas, lideradas por el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales y locales.
5. Considerar, en la formación académica de los profesionales de la salud y de otras profesiones relacionadas con el desarrollo, el problema de la

mortalidad materna para la aplicación de metodologías, herramientas y otros, considerando que este problema es de alta sensibilidad para determinar causas y proponer acciones dirigidas a su evitabilidad, por su impacto en el desarrollo del país.

6. Llevar a cabo estudios multifactoriales sobre variables o factores relacionados a la muerte materna tomando áreas geo-sanitarias específicas, considerando la diversidad geográfica de nuestro país.
7. En los departamentos en que los tres factores presentan asociaciones esperadas con la muerte materna, se recomienda realizar un estudio multifactorial con los tres factores estudiados, ya que brindaría muy buena información para la toma de decisiones.
8. Revisar los puntos críticos en cada departamento que el presente estudio muestra y generar información para la definición de acciones con el objetivo de alcanzar una mayor reducción de la mortalidad materna en el Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amnistía Internacional Perú (2006). *Mujeres pobres y excluidas en el Perú. La negación del derecho a la salud materno-infantil*. Lima: Amnistía Internacional.

Banco Mundial (2008). *Una mirada de la evolución reciente de la pobreza en el Perú: avances y desafíos*. Estados Unidos: Banco Mundial.

Briones, J. & cols. (2009). *Estrategias para reducir la mortalidad materna Hospitalaria en el Estado de México*. México D.F.: Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Vol. XXIII, Número 1.

Cervantes, René & Teresa Watanabe (1988). *Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú*. Lima: Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

Defensoría del Pueblo (2008). *Derecho a una Maternidad Segura. Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*. Lima: Defensoría del Pueblo.

Defensoría del Pueblo (2009). *Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura*. Lima: Defensoría del Pueblo.

Fondo de Población de la Naciones Unidas (2008). *Estado de la población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos*. Nueva York: UNFPA.

Fondo de Población de la Naciones Unidas (2012). *Estado de la población mundial 2011*. Nueva York: UNFPA.

- Freyermuth, G. & Sesia, P. (Coords.) (2009). *La Muerte Materna Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Francke, Pedro; Arroyo, Juan & Guzmán, Alfredo (2010). *Políticas de salud 2006 - 2011. Aportes para el gobierno peruano 2006 - 2011*. Lima: CIES.
- Gakidou (2009). *India's Janani Suraksha Yojana, a Conditional Cash Transfer Programme to Increase Births in Health Facilities: An Impact Evaluation*. Lancet 375.
- Graham Wendy & William Brass. (1988). *Field Performance of the Sisterhood Method for Measuring Maternal Mortality. Seminar on the Collection and Processing of Demographic Data in Latin America*. Santiago de Chile.
- Hogan MC, et al. (2010). *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*. Lancet, 375.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2001). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Lima: INEI.
- Watanabe, Teresa (2002). *Tendencias, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú. 1992 -2000*. Lima: INEI, DHS.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2004). *Perú: Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2003*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2006*. Lima: INEI.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2008*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2010). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2011). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008). *II Censo de comunidades indígenas de la Amazonía Peruana 2007: resultados definitivos*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2008). *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida en el Perú*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009). *Cobertura y Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva y Otras Variables, y su relación con el nivel de la Mortalidad Materna Reproductiva: 2007*. Lima: INEI
- Ministerio de Salud (2002). *Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud (2007). *Situación de la mortalidad materna en el Perú. 2006*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud (2009). *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal para el período 2009 – 2015*. Lima: MINSA.
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas & Banco Mundial. (2008). *Mortalidad Materna en 2005*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas & Banco Mundial. (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. Ginebra: OMS.

Organización de las Naciones Unidas (2008). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008*. Ginebra: ONU.

Physicians for Human Rights (2007). *Demoras fatales. Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*. Washington: Physicians for Human Rights.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano. Perú 2009*. Lima: PNUD Oficina Perú.

Reid, Claire (2008). *Las jerarquías invisibles de la discriminación en la ciudad de Abancay*. Lima: Asociación Pro Derechos Humanos, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2012). *Estado Mundial de la Población 2011*.

Verdera, Francisco (2007). *La pobreza en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Vicuña, Marisol (2002). *Efecto de las intervenciones del Estado en la utilización de servicios de salud maternos en el Perú, 1992-2000: cambios y factores asociados*. Lima: INEI.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Fund for Population Activities & World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. Ginebra: World Health Organization.

ANEXOS

- 1. GUÍA DE ENTREVISTA A FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROFESIONALES DE OTRAS INSTITUCIONES RELACIONADOS CON EL TEMA DE ESTUDIO.**

- 2. MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, SEGÚN REGIONES NATURALES, 2001 – 2010**

- 3. MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, SEGÚN DEPARTAMENTOS, 2001 - 2010**

1. GUÍA DE ENTREVISTA A FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD

ENTREVISTA PARATESIS DE TERESA WATANABE VARAS

Tema: Reducción de la Mortalidad Materna en el Perú

Marzo 2012

1. ¿Considera usted que la mortalidad materna en el Perú, se redujo entre los años 2001 y 2010?

No () - Si ()

Si su respuesta es Sí:

2. Para usted, ¿la reducción de la mortalidad materna que se dio entre los años 2001 y 2010 es significativa o importante?

No () - Sí ()

Si su respuesta es Sí:

3. ¿A qué atribuye esta reducción?

4. ¿Actualmente, existen normas, proyectos y/o acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna, que el Estado a través de sus instituciones, viene implementando o desarrollando?

No () - Sí ()

Si su respuesta es Sí:

¿Cuáles son estas normas, proyectos y/o acciones?

5. Por favor, mencionar algunas barreras para una mayor reducción de la mortalidad materna en el Perú.

NOTA:

No se transcribirán en la tesis las respuestas dadas por las personas entrevistadas.

La tesista mencionará el nombre de la o el entrevistado si se lo autorizan.

Por favor, marcar con (X) según considere:

AUTORIZO MENCIONARME EN LA TESIS COMO PROFESIONAL ENTREVISTADO/A POR MIS CONOCIMIENTOS EN LA MATERIA.

SI ()

NO ()

Para precisiones u otros respecto a la entrevista, llamarme al 990802054 o a través del correo-e: twatanabe@gmail.com

¡MUCHASGRACIAS!

ADEMÁS DE LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN LA GUÍA DE ENTREVISTA ANTERIOR, PARA LOS PROFESIONALES DE OTRAS INSTITUCIONES RELACIONADAS CON EL TEMA DE ESTUDIO SE ADICIONÓ ALGUNAS PREGUNTAS SEGÚN SU ROL.

- ***PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA EL DEMÓGRAFO EXPERTO EN EL TEMA***

1. ¿Considera útil realizar estimaciones anuales de la mortalidad materna en el Perú?

No () - Si ()

Si su respuesta es Sí:

2. ¿Qué utilidad y/o importancia tienen las estimaciones anuales de la mortalidad materna en el Perú?
3. ¿Por qué considera usted que las razones, tasas y estimaciones de mortalidad materna calculadas por las instituciones del Estado peruano no coinciden con las estimadas por organismos internacionales?

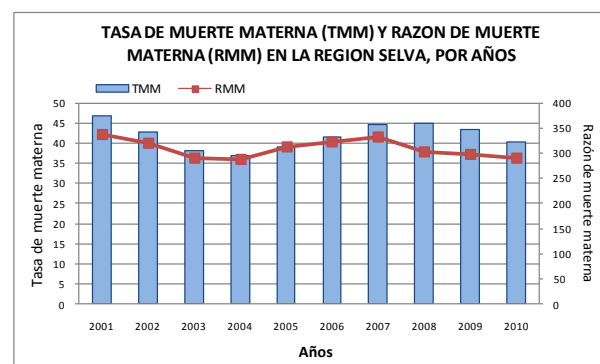
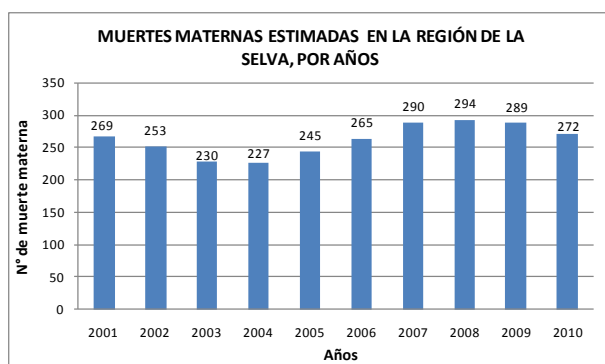
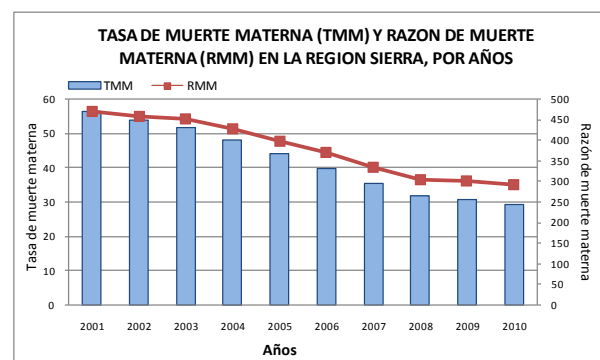
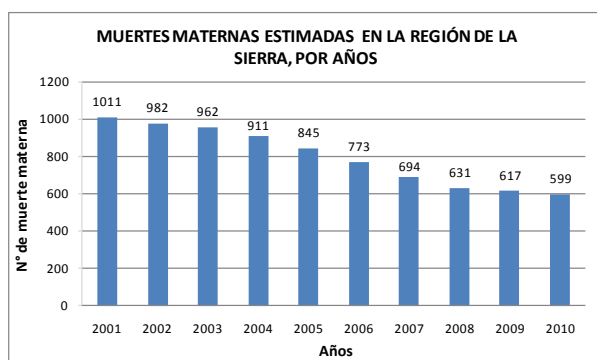
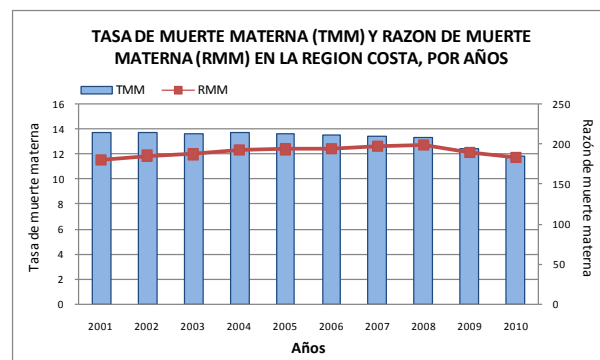
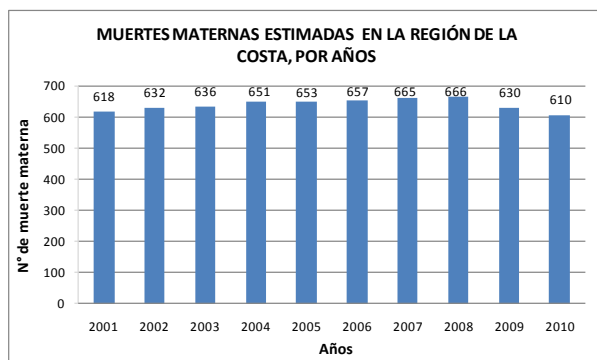
- ***PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA EXPERTOS EN EL TEMA PERTENECIENTES A ONG***

1. ¿Cuál considera usted que debe ser el rol de la denominada sociedad civil a través de sus organizaciones, en cuanto al problema de la mortalidad materna en el Perú?
2. ¿Cuáles son los emprendimientos o acciones que realizan las ONG para combatir la mortalidad materna?

2. PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, SEGÚN REGIONES NATURALES, 2001 – 2010

Elaboradas por la autora de la tesis.

Fuente: Indicadores estimados por la autora de la tesis con información del INEI



3. PERÚ: MUERTES MATERNAS ESTIMADAS E INDICADORES, SEGÚN DEPARTAMENTOS, 2001 – 2010 (Por orden alfabético)

Elaboradas por la autora de la tesis.

Fuente: Indicadores estimados por la autora de la tesis con información del INEI

